

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

## **A Pessoa Idosa com Ostomia de Eliminação Intestinal e sua Família – Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa**

**Magda Brigitte Gomes Santos**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

### **A Pessoa Idosa com Ostomia de Eliminação Intestinal e sua Família – Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa**

**Magda Brigitte Gomes Santos**

**Professora Maria Emília Brito**

**2015**







## Dedicatória

Dedico este relatório a ti Luís, apoio sem o qual não me teria sido possível percorrer este longo caminho.

Ao Tiago e Rita pela ausência que me privou dos vossos sorrisos e brincadeiras.

Às minhas colegas de curso Filipa e Liliana, pelo vosso apoio nos bons e maus momentos.

À minha família pelo incentivo e apoio dado ao longo deste percurso.

Agradeço a ajuda e apoio dado pela Docente Maria Emília Brito na construção deste relatório e percurso traçado.



## **Siglas**

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OEI** – Ostomia de Eliminação Intestinal

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RNAO** - Registered Nurses Association of Ontario

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**WHO** – World Health Organization



## Resumo

Com o envelhecimento da população é esperado que aumente a incidência de doenças como o tumor colorretal, aumentando consequentemente a realização de ostomias nesta população.

A realização de uma OEI é um procedimento que pode desencadear alterações em todas as dimensões de vida da pessoa idosa, exigindo que esta passe por um período de transição, em que será necessária a adoção de medidas adaptativas e de reajustamento nos autocuidados e hábitos de vida, sendo por vezes necessário que a família se torne um agente de autocuidados, quando em situação de dependência.

O enfermeiro, como elemento da equipa de saúde que permanece 24h junto da pessoa idosa deve ter presente as especificidades, valores, crenças e projeto de vida desta e sua família, tornando-os uma parte integrante dos cuidados e tomada de decisão.

No diagnóstico inicial constatámos que os enfermeiros consideravam que o foco principal da sua intervenção na preparação do regresso a casa passava por capacitar a pessoa idosa e sua família para autocuidarem o estoma, iniciando tardiamente essa preparação, próximo do dia da alta. Assim, tornou-se importante implementar um projeto, que teve como objetivos gerais: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e sua família e implementar intervenções de enfermagem sistematizadas na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família. Para tal recorreu-se à metodologia de projeto.

Inicialmente foram identificadas as necessidades de formação dos enfermeiros e feita a respetiva formação. Tendo como fio condutor o modelo teórico de enfermagem de Orem e o estado da arte, foi elaborada e implementada uma checklist de preparação do regresso a casa pelos enfermeiros, o que contribuiu para que a sua intervenção se iniciasse precocemente, de forma individualizada e contemplando todas as áreas de intervenção do regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa, Ostomia, Regresso a casa e Enfermagem

## **Abstract**

With an aging population it is expected an increase in the incidence of diseases such as colorectal cancer, thus increasing the performance of ostomies in this population.

The realization of an intestinal elimination ostomy is a procedure that can trigger changes in all dimensions of life in the elderly, demanding that it goes through a transition period, where he will be asked to adopt adaptive measures and readjustment in self-care and lifestyle, sometimes requiring the family to become an agent of care, when in situations of dependency. The nurse, as the health team member that remains 24 hours with the elderly must take in account his and his family specificities, values, beliefs and life project, making them an integral part of care and decision making.

In the initial diagnosis we found that nurses believed that the main focus of their intervention in the preparation of homecoming passed by empowering the elderly and his family to self-care the stoma, belatedly starting this preparation, close to the discharge day. Thus, it has become important to implement a project that had as general objectives: to develop skills in providing nursing care for the elderly and his family, and implement systematized nursing interventions in the preparation of homecoming of the elderly undergone intestinal elimination ostomy and his family. For this we used the design methodology.

Initially nurses formation needs were identified and then made the respective formation. Taking as a guide Orem's theoretical model of nursing and the state of the art, it was developed and implemented a homecoming preparation checklist by nurses, which contributed to the intervention being initiated earlier, individually and covering all areas of intervention in the homecoming of the elderly and his family.

**Keywords:** Elderly, Ostomy, Homecoming and Nursing





# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	19
2. QUADRO CONCEPTUAL.....	23
2.1 Processo de Envelhecimento.....	23
2.2 A Pessoa Idosa Submetida a OEI.....	26
2.3 Regresso a Casa da Pessoa Idosa Submetida a OEI e sua Família .....	29
3. METODOLOGIA DO PROJETO.....	35
3.1 Planeamento das Atividades e Estratégias.....	36
3.2 Questões Éticas.....	37
4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS E RESULTADOS OBTIDOS .....	39
4.1 Prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa e sua Família .....	39
4.2 Intervenções de Enfermagem Sistematizadas no Regresso a Casa da Pessoa Idosa com OEI e sua Família .....	43
4.3 Melhoria da Qualidade dos Cuidados e Competências Desenvolvidas.....	61
5. CONCLUSÃO .....	65
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
APÊNDICES.....	
APÊNDICE I – Objetivos Específicos e Atividades a desenvolver .....	
APÊNDICE II – Cronograma .....	
APÊNDICE III – Pedidos de Autorização para realização do Projeto ....	

APÊNDICE IV – Norma de Procedimento Utente Ostomizado - UCC ...	
APÊNDICE V – Estudo de Caso .....	
APÊNDICE VI – Apresentação do Projeto à Equipa de Enfermagem....	
APÊNDICE VII – Questionário .....	
APÊNDICE VIII – Análise dos Questionários .....	
APÊNDICE IX – <i>Checklist</i> para Realização de Auditorias aos Registos de Enfermagem.....	
APÊNDICE X – Análise das Auditorias Realizadas aos Registos de Enfermagem.....	
APÊNDICE XI – Manual de Orientação das Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa da Pessoa Idosa com OEI e sua Família.....	
APÊNDICE XII – <i>Checklist</i> de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e família.....	
APÊNDICE XIII - Guia Orientador de Preenchimento da <i>Checklist</i> de Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família.....	
APÊNDICE XIV – Participação nas Jornadas de Doença Inflamatória Intestinal.....	
APÊNDICE XV – Análise da Segunda Auditoria aos Registos de Enfermagem.....	
APÊNDICE XVI – Grelha de Auditoria à <i>Checklist</i> de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família .....	
APÊNDICE XVII – Análise da Auditoria às <i>Checklist's</i> de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família .....	
APÊNDICE XVIII – Apresentação dos Resultados da Implementação do Projeto no Serviço de Cirurgia Geral.....	
ANEXOS.....	
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética e Conselho de Administração do Hospital.....	

ANEXO II – *Checklist* de Auditoria aos Registos de Enfermagem do  
Serviço de Cirurgia Geral .....

ANEXO III – Declaração de Participação nas Jornadas da Doença  
Inflamatória Intestinal .....



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população pode ser encarado como um dos maiores triunfos dos nossos dias, assim como um dos nossos maiores desafios [World Health Organization (WHO), 2005]. A população idosa é atualmente um grupo com uma grande representatividade, que mantém uma vida ativa, desempenhando um papel social importante na nossa sociedade.

Em todo o mundo, a percentagem de pessoas com 60 ou mais anos está a aumentar mais rapidamente do que em qualquer outra faixa etária, esperando-se que entre os anos de 1970 e 2025 esse crescimento seja na ordem dos 223% (WHO, 2005).

A WHO (2005), considera que pessoa idosa é aquela que tem 60 ou mais anos. No entanto, neste trabalho optámos por considerar que pessoa idosa são “todas as pessoas com 65 ou mais anos” [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2013, p.10].

Com o aumento previsto do envelhecimento da população, e tendo em consideração que o processo de envelhecimento pode originar alterações que favorecem o aparecimento de doenças (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), torna-se expectável que o número de doenças com maior representatividade nesta faixa etária também aumente, sendo o aumento da taxa de incidência do tumor colorretal em Portugal, um exemplo dessa situação (International Agency for Research on Cancer - GLOBOCAN, 2012).

Se tivermos em consideração que a cirurgia com recurso à realização de ostomia é a opção mais frequente no tratamento do tumor colorretal e tendo em consideração que este tipo de tumor é a doença que mais tem contribuído para a realização de Ostomias de Eliminação Intestinal (OEI), em Portugal e, que atinge habitualmente a faixa etária dos 60 aos 70 anos (Barata, 2010), podemos prever que o número de pessoas idosas com OEI irá também aumentar.

Com períodos de internamento cada vez mais curtos, é necessário apoiar, educar e capacitar a pessoa idosa o mais precocemente possível,

tornando-a independente nos autocuidados. Quando tal não for possível, devemos capacitar a família para o fazer (Black, 2011; Bohnenkamp, McDonald, Lopez, Krupinski & Blackett, 2004), pois é necessário que estes deixem o ambiente hospitalar com o mínimo de capacidades para fazerem os devidos ajustamentos e adaptações nos autocuidados, para que retomem os seus estilos e hábitos de vida, assim como é necessário que adquiram capacidades para autocuidarem o seu estoma (Burch, 2012).

As especificidades próprias do processo de envelhecimento e da pessoa idosa podem de alguma forma condicionar a sua adaptação à OEI, tornando este processo mais difícil (Lowter, 2012; Williams, 2008). Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica - vertente pessoa idosa, tem um papel importante no cuidar destas pessoas, ao promover a adaptação à OEI física, psicológica e socialmente (Fulham, 2008), fazendo uso dos seus conhecimentos para colmatar ou diminuir essas mesmas dificuldades e facilitar o processo de aquisição de independência nos autocuidados, nomeadamente no autocuidado ao seu estoma.

Tendo presente que o autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que as pessoas realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, sabemos que numa fase inicial a pessoa idosa com OEI encontrar-se-á dependente de outros para realizar os autocuidados, mas à medida que for recuperando da cirurgia, a necessidade de prestação de cuidados vai diminuindo, até as intervenções de enfermagem serem de suporte e educação (Orem, 2001).

Esta terá de adquirir conhecimentos e desenvolver capacidades para se adaptar à sua nova condição de vida, gerir a situação de doença e alcançar o êxito nesta transição. Irá vivenciar um período em que poderá passar por múltiplas transições: transição de desenvolvimento associada ao seu processo de envelhecimento individual, transição de saúde/doença relacionada com a resposta da pessoa nos diferentes contextos da doença e uma transição situacional relacionada com o internamento e o regresso a casa (Meleis, 2010).

O cuidado centrado na pessoa idosa é um elemento chave no cuidar da pessoa idosa ostomizada. O enfermeiro deve ser capaz de particularizar quem

é a pessoa que tem à sua frente, quais os seus desejos, necessidades, vontades, valores e crenças, para que possa estar próximo desta e compreender a sua forma de ser e estar na vida (McCormack, 2003).

Também a família<sup>1</sup> tem um papel importante no cuidar da pessoa idosa “(...) adquirindo cada vez mais importância na atenção dispensada na prestação de cuidados aos idosos” (Figueiredo, 2012, p. 48). Pelo que torna-se necessário incluí-la no processo de prestação de cuidados à pessoa idosa, estabelecendo uma relação de parceria e colaboração direcionada para os cuidados e necessidades do idoso com OEI, sendo dever do enfermeiro capacitá-la para prestar cuidados ao mesmo (Gomes, 2009; Green, 2008).

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa, realizámos um estágio com a duração de 18 semanas, com a finalidade de desenvolver competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família, através de um projeto de intervenção na área da pessoa idosa, com pertinência na prática e no contexto escolhido.

Este relatório é referente ao projeto de estágio intitulado “A Pessoa Idosa com OEI e sua família – Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa”, que teve como objetivo geral implementar intervenções de enfermagem sistematizadas na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família, para que a transição do meio hospitalar para o domicílio se processe de uma forma serena, precisa e rigorosa, garantindo a continuidade de cuidados (Maramba, Richards, Myers & Larrabee, 2004).

Ao realizarmos este projeto também estabelecemos como objetivo geral desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e sua família, como Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à pessoa idosa.

As atividades desenvolvidas foram suportadas na metodologia de projeto, pois esta “baseia-se numa investigação centrada num problema real

---

<sup>1</sup> Família é definida como sendo quem os seus membros dizem que são (Wright & Leahey, 2009).

identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 2).

Tendo presente que enfermeiro especialista é aquele que tem

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 2),

consideramos, que ao desenvolver este projeto estamos alguns passos mais próximos de alcançarmos o grau de perita segundo Benner, de acordo com o modelo de Dreyfus (Benner, 2001). Segundo a autora os enfermeiros peritos “podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção faz diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (Benner, 2001 p. 61).

Na construção deste relatório, optámos por dividir o mesmo em 5 capítulos. No primeiro será abordada a problemática e justificação do projeto. O segundo capítulo será referente ao quadro conceptual, onde faremos referência ao processo de envelhecimento, à temática da pessoa idosa com OEI e ao regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família. No terceiro capítulo iremos abordar a metodologia do projeto, o planeamento das atividades, meios e estratégias e, as questões éticas relacionadas com a implementação do mesmo. No quarto capítulo iremos abordar a implementação das atividades planeadas e os resultados obtidos, assim como avaliar a contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados e competências desenvolvidas, e finalmente no quinto capítulo teremos a conclusão.



## **1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO**

Em Portugal, assim como em todo o mundo, tem-se assistido ao aumento progressivo da população idosa, tendo fatores como o aumento da esperança média de vida, a redução da natalidade e a diminuição da mortalidade contribuído para este fenómeno (INE, 2013).

De acordo com os Censos de 2011, os indicadores demográficos portugueses refletem o ritmo de crescimento da população idosa no total da população, tendo-se verificado um aumento de 2,6% da população com 65 anos ou mais, de 2001 a 2011. Em 2011, a população com 65 ou mais anos correspondia a 19% da população portuguesa, ultrapassando a população dos 0 aos 14 anos que tinha uma representatividade de 14,9% (INE, 2013).

Com o aumento do envelhecimento da população é esperado que o número de doenças com maior representatividade nesta faixa etária também aumente, sendo o aumento da taxa de incidência do tumor colorretal em Portugal um exemplo dessa situação. Em 2012 foram diagnosticados 7129 novos casos, 66,1% dos quais a pessoas com 65 ou mais anos, prevendo-se que em 2035 sejam diagnosticados 9667 novos casos, 71,8% dos quais a pessoas com 65 ou mais anos (International Agency for Research on Cancer - GLOBOCAN, 2012). Este tumor é a doença que mais tem contribuído para a realização de OEI em Portugal (10000 a 12000 ostomizados) e atinge habitualmente a faixa etária dos 60 aos 70 anos (Barata, 2010). Se tivermos presente que a cirurgia com recurso à realização de uma OEI é uma forma frequente de tratamento do tumor colorretal, podemos prever que o número de pessoas idosas com ostomias irá também aumentar.

Ao longo do nosso percurso profissional num Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo, fomos tomando consciência de forma empírica, que a maioria da população submetida a OEI era idosa. Partindo deste pressuposto, e tendo em consideração que a preparação para o regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família não era iniciado precocemente, o que poderia provocar na pessoa idosa e sua família o sentimento de não estarem preparadas para a vida no regresso a casa

(Rydeman & Törnkvist, 2009), e tendo em consideração a necessidade sentida e manifestada por alguns elementos da equipa de enfermagem, optámos por trabalhar esta temática.

O serviço de Cirurgia Geral é constituído por duas alas – Cirurgia I (internamento de homens) e Cirurgia II (internamento mulheres). Cada ala é composta por uma enfermaria (23 camas) e uma unidade de cuidados intermédios (4 camas). A equipa de enfermagem da Cirurgia I é formada por 20 elementos e a equipa da Cirurgia II é também formada por 20 elementos. Os dois serviços são chefiados pela mesma enfermeira chefe, tendo recentemente as duas equipas iniciado um processo conjunto na prestação de cuidados.

A média de idades de população internada no ano de 2013 foi de 57, com uma moda de 69 anos. As patologias com maior representatividade foram as doenças do sistema digestivo, as doenças endócrinas (glândulas tiroide e suprarrenal), a patologia da mama e as hérnias da parede abdominal<sup>2</sup>. Foram realizadas 52 cirurgias eletivas e 33 cirurgias de urgência para realização de OEI. Destas, 29 cirurgias foram para a realização de ileostomias e 56 para a realização de colostomias. O intervalo de idades das pessoas intervencionadas situou-se entre os 15 e os 91 anos, do qual resulta uma média de idade de 69 anos, sendo a moda de 73 anos. Analisando a idade de todas as pessoas operadas verificou-se que em 85, 65 destas tinham 65 ou mais anos, o que representa 76,4% das pessoas submetidas a cirurgia<sup>3</sup> para realização de uma OEI.

Assim, constatámos que a maioria das pessoas submetidas a OEI no serviço de cirurgia geral era idosa, pelo que se tornava essencial que a intervenção de enfermagem dirigida a estas pessoas fosse individualizada e tivesse em consideração as especificidades da pessoa idosa, suas capacidades de autocuidado e limitações inerentes ao processo de envelhecimento.

---

<sup>2</sup> <http://www.hgo.pt/Hospital/Historia.aspx>

<sup>3</sup> Dados da Consulta Estomoterapia, Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, 2013

Com internamentos cada vez mais curtos, é dado pouco tempo à pessoa idosa, família e enfermeiros para preparar a transição do hospital para casa (Coffey & McCarthy, 2012; Maramba *et al*, 2004), pelo que o planeamento do regresso a casa torna-se cada vez mais importante, devendo iniciar-se o mais precocemente possível (Fox *et al*, 2013; Tomura, Yamamoto-Mitani, Nagata, Murashima & Suzuki, 2011).

Da revisão da literatura realizada constatámos que um planeamento do regresso a casa inadequado, pode resultar em sofrimento desnecessário por parte da pessoa idosa e sua família, pode colocar em risco a possibilidade de receber o apoio necessário após a alta e originar reinternamentos hospitalares (Fox *et al*, 2013; Rydeman & TörnKvist, 2009). Maramba *et al* (2004), referem também que um planeamento do regresso a casa inadequado, pode originar necessidades de cuidados não satisfeitos após a alta.

Vários estudos (Fox *et al*, 2013; Coffey & McCarthy, 2012; Tomura *et al*, 2011; Rydeman & TörnKvist, 2009; Almborg, Ulander, Thulin & Berg, 2008) salientam a importância de programas e planos de alta estruturados, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa. Estes devem ser elaborados com a participação da pessoa idosa e sua família, onde os vários intervenientes têm uma voz ativa e colaboram na elaboração de objetivos e implementação de intervenções para que o regresso a casa se processe de forma tranquila.

O enfermeiro tem um papel fundamental na preparação do regresso a casa da pessoa idosa e sua família, devendo desenvolver uma abordagem estruturada no seu planeamento (Rydeman & TörnKvist, 2009). A sua intervenção deve iniciar-se o mais precocemente possível, fazendo uma avaliação da pessoa idosa e sua família, identificando necessidades de cuidados, recursos da comunidade e preocupações da pessoa idosa e sua família no regresso a casa. Deverão ser elaborados planos de ensino estruturados e adaptados às necessidades da pessoa idosa e sua família, devendo o enfermeiro envolver ambos no processo de tomada de decisão e

planeamento, tornando-os parceiros de cuidados<sup>4</sup> na preparação do regresso a casa (Fox *et al*, 2013; Coffey & McCarthy, 2012; Rebelo, 2012; Tomura *et al*, 2011; Rydeman & Törnkvist, 2009; Maramba *et al*, 2004).

O enfermeiro deve capacitar a pessoa idosa e sua família, para que consigam realizar os autocuidados no regresso a casa, tendo sempre presente o seu trajeto e projeto de vida (Rebelo, 2012).

---

<sup>4</sup> Parceria é definida como sendo um “processo dinâmico negociado em conjunto por duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes com o intuito de alcançar um objetivo comum” (Gomes, 2002, p.210)

## **2. QUADRO CONCEPTUAL**

Enquanto profissão, a enfermagem centra-se no ato de cuidar, e em gerontologia, tem como finalidade promover e manter a saúde, longevidade, e autonomia do idoso, considerando-o uma pessoa única, com estilos de vida únicos, vontades próprias e capaz de decidir por si (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

### **2.1 Processo de Envelhecimento**

O envelhecimento demográfico da população é uma realidade a nível mundial. A Europa, apelidada de continente grisalho, é uma das regiões mais envelhecidas do mundo e Portugal, é um dos países que tem um maior envelhecimento demográfico (INE, 2013).

O fenómeno do envelhecimento da população tem importantes reflexos de âmbito socioeconómico, com impacto no desenho de políticas sociais, de saúde e de sustentabilidade, fomentando a adoção de novos estilos de vida por parte da sociedade (INE, 2013). A grande maioria das pessoas idosas continua a ser um recurso vital para as famílias e comunidades. Muitas delas continuam a trabalhar no mercado de trabalho formal e informal (WHO, 2005), mantendo assim, um papel ativo na nossa sociedade.

O envelhecimento, considerado um fenómeno normal e universal a todo o ser humano, pode ser encarado como um processo contínuo que tem como produto final a velhice, e que se desenvolve de uma forma diferente para cada pessoa (Cabete, 2005; Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Este deve ser visto de uma forma positiva, focado na individualidade da pessoa que envelhece e em medidas preventivas de controlo e redução de perdas, e não apenas nos aspetos negativos da velhice (Costa, 2011; Sequeira, 2010; Fonseca 2005).

O conceito de pessoa idosa é definido pelo INE (p.10, 2013), como “todas as pessoas com 65 ou mais anos”. Segundo a WHO<sup>5</sup>, a maioria dos

---

<sup>5</sup> <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> Acedido em 04/01/2015

países do mundo desenvolvido aceitou a idade cronológica de 65 anos, como uma definição de idoso ou pessoa mais velha. Mas, muito embora a idade cronológica seja um fator determinante da velhice, esta é, muitas vezes definida por um conjunto de alterações físicas, psicológicas e sociais que se processam em cada pessoa ao longo da vida (Sequeira, 2010; Squire, 2005).

Segundo Sequeira (2010), é um dever da sociedade, e das organizações em particular, contribuir para que se dignifique a pessoa idosa, para que a velhice possa ser vivida com bem-estar.

O envelhecimento da população vem também colocar novos desafios às famílias, pois estas têm um papel fundamental na assistência e manutenção da pessoa idosa no seu meio familiar (Sequeira, 2010). Na nossa sociedade a família, devido às alterações socio demográficas está “ (...) adquirindo cada vez mais importância na atenção dispensada na prestação de cuidados aos idosos” (Figueiredo, 2012, p. 48). Esta pode ser vista como uma unidade sistémica, caracterizada fundamentalmente por vínculos afetivos. É uma

organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio, derivada de consequentes processos de transformações sociais, que foram por ela assimilados. (...) espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade dotada de energia com capacidade auto-organizativa. (Figueiredo, 2012, p.2)

Segundo Hanson (2005, p.6), a família “(...) refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos”.

Já Wright & Leahey (2009), definem que família “é quem seus membros dizem que são” (p. 48). Sendo esta a definição que optámos por escolher, para definir a família neste trabalho.

Com o avançar da idade, é maior a probabilidade de se adquirir uma doença. No entanto, algumas patologias que acompanham o processo de envelhecimento podem, por vezes, ser confundidas com as manifestações do mesmo. Assim, é fundamental diferenciar envelhecimento primário (processo natural de envelhecer), do envelhecimento secundário (induzido ou agravado por um processo patológico de doença) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As alterações anatómicas e fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento podem, por vezes, afetar os autocuidados na pessoa idosa, nomeadamente o autocuidado ao estoma.

Um dos sistemas mais afetado pelo processo de envelhecimento é o sistema nervoso. As alterações que ocorrem refletem-se em todos os aspetos do comportamento da pessoa, no entanto as mais importantes estão relacionadas com o movimento, equilíbrio, eficácia do funcionamento mental e funções sensoriais. (Berger & Mailloux-Poirie, 1995).

As alterações visuais que podem dificultar os autocuidados na pessoa idosa, estão na sua maioria relacionadas com a presbiopia, ao diminuir a capacidade de distinguir nitidamente objetos próximos, com a dificuldade de adaptação quando a luz é fraca, redução marcada da visão noturna e redução da acomodação aos clarões e à iluminação súbita (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A maior parte das perdas auditivas são mais seletivas do que absolutas e totais. O problema mais frequente é a presbiacusia e caracteriza-se pela incapacidade de ouvir determinados sons - sobretudo sons agudos. Podem surgir também sensações auditivas anómalas, denominadas acufenos (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As alterações no sistema locomotor são as que aparecem mais rapidamente, mudando não só a aparência e a estrutura física, mas também o funcionamento do organismo. Atingem os músculos, os ossos, as articulações e o conjunto de tecidos de suporte (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Todos os músculos, em especial os do tronco e os das extremidades, atrofiam-se com o tempo, levando a uma deterioração do tônus muscular e a uma perda de potência, força, endurance e agilidade. A maior perda de força a nível muscular ocorre nos antebraços, pernas e dorso. O tremor das mãos, braços e face é um fenómeno frequente nas pessoas idosas, assim como as alterações na motricidade fina (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Estes aspetos podem também condicionar os autocuidados, nomeadamente o autocuidado ao estoma, dificultando por exemplo a adaptação dos dispositivos de eliminação.

Com o envelhecimento é normal que ocorra a diminuição de algumas funções cognitivas, representando um dos medos mais frequentes na pessoa

idosa. À medida que se envelhece, as aptidões cerebrais diminuem, ao passo que aptidões como as de integração melhoram. Na maior parte das pessoas idosas o desempenho cognitivo mantém-se intacto e as mudanças intelectuais estão relacionadas com a modificação de algumas funções como a memória, o tempo de reação e a aprendizagem (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A diminuição da memória a curto prazo pode influenciar o processo de aprendizagem. A pessoa idosa pode apresentar dificuldade em reter informações na memória de curto prazo, bem como na evocação de lembranças recentes. Também as alterações na organização da informação podem condicionar a aprendizagem. A pessoa idosa pode ter dificuldade em organizar a informação recebida, o que pode também influenciar a sua memória (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Este aspeto é muito importante aquando da realização de educação para a saúde e na aquisição de novos conhecimentos pela pessoa idosa, nomeadamente nas aprendizagens relacionadas com os autocuidados e a OEI.

## **2.2 A Pessoa Idosa Submetida a OEI**

À medida que aumenta o número de pessoas idosas, aumenta também a proporção de pessoas idosas com ostomias (Black, 2009; Ringhofer, 2005). Pessoas com 80 e 90 anos são frequentemente hospitalizadas para serem submetidas a OEI (Black, 2009).

A cirurgia para realização de uma OEI é um procedimento que traz consequências a nível físico, psicológico e social, suscitando sentimentos de incerteza em relação ao presente e ao futuro, assim como sentimentos relacionados com as expectativas de vida da pessoa ostomizada, podendo provocar efeitos negativos na sua qualidade de vida (Altuntas et al, 2012; Williams, 2012; Sales, Violin, Marcon & Silva, 2010).

A presença de uma OEI pode provocar alterações a nível físico e psicológico na pessoa, ao alterar a imagem do corpo que esta tem de si mesma. Podem ocorrer reações de choque e desgosto relacionadas com o aspeto do estoma, mas também com as conotações que normalmente estão associadas ao mesmo. Ferreira, Seiça & Morais (2009) referem que



qualquer tipo de ostomia constitui uma mutilação física, que com maior ou menor impacto, levanta problemas de natureza psicossocial na vida da pessoa que a ela é sujeita. A perda de auto-estima inerente à alteração da imagem corporal e à incontinência provocada pela perda de função esfinteriana (...), conduzem a Pessoa a fragilidades emocionais e psicológicas, que se repercutem nos vínculos familiares e sociais (p.3).

As alterações físicas provocadas pela presença de uma OEI estão na sua grande maioria relacionadas com o estoma. A alteração na eliminação de fezes, o cheiro, o uso de dispositivos de eliminação e o aparecimento de complicações como as hérnias periestomais, prolapsos, retração do estoma, hemorragias, obstipação ou diarreia, e problemas de pele, são algumas das preocupações apresentadas pela pessoa ostomizada (Grant, McCorkle, Hornbrook, Wendel & Krouse, 2012; Williams, 2008).

A presença de uma OEI pode provocar alterações psicológicas relacionadas com a alteração da imagem corporal, a sensação de mutilação e rejeição de si próprio (Sales *et al.*, 2010). Segundo Grant *et al.* (2012), a pessoa ostomizada pode experienciar a depressão, ansiedade, sentimentos de incerteza e vergonha, baixa auto estima e dificuldades no relacionamento com o outro. O receio do futuro, preocupações relacionadas com os elementos familiares e amigos, as interações com eles e as alterações em geral ao seu estilo de vida são também alguns dos problemas aos quais têm que fazer face (Sales *et al.*, 2010).

Sentimentos de ansiedade e *stress* relacionados com a mudança na imagem corporal e a aceitação no seu círculo social podem atrasar o processo de adaptação e autocuidado na pessoa ostomizada (Walker & Lachman, 2013). A pessoa ostomizada pode ainda experienciar alterações sociais relacionadas com sentimentos de insegurança e vulnerabilidade, o que pode diminuir a sua participação em atividades sociais e de lazer, aumentar os problemas maritais e reduzir o contacto com familiares e amigos, favorecendo situações de isolamento (Sales *et al.*, 2010; Kingsley, Smith, Bobb & Liles, 2007).

Na pessoa idosa estas alterações podem ser vividas de forma diferente, pois além de poder experienciar todas estas mudanças, poderá apresentar

dificuldades acrescidas relacionadas com o seu processo de envelhecimento, doenças crónicas e vulnerabilidade acrescida.

Se tivermos em consideração a idade avançada e as alterações associadas ao envelhecimento, como a diminuição da capacidade para manter o seu equilíbrio homeostático e a diminuição da sua reserva funcional, a pessoa idosa com OEI poderá estar mais suscetível a situações de fragilidade<sup>6</sup> por se encontrar numa posição de maior vulnerabilidade, não sendo capaz de agir tão rapidamente como antes para se adaptar (Gineste & Pellisser, 2008; Caldas, 2003).

Aspetos como a destreza, coordenação, diminuição da acuidade visual e auditiva, as doenças cardíacas, os acidentes vasculares cerebrais, a artrite, a doença de Parkinson, demência, os problemas do foro mental, diminuição do tempo de reação, a fadiga e adaptação ao autocuidado podem dificultar o processo de cuidar do estoma (Pearson, 2010; Black, 2009; Williams, 2008). Outro aspeto que pode originar dificuldades no autocuidado ao estoma, está relacionado com as alterações corporais associadas ao envelhecimento, como as rugas, as pregas e a flacidez da pele que podem dificultar a adaptação dos dispositivos de eliminação (Pearson, 2010).

Na pessoa idosa os processos de adaptação também podem estar alterados, pelo que esta pode demorar mais tempo a habituar-se à ideia de ter uma OEI. Como referem Barros, Santos & Erdmann (2008, p. 35), “na presença da estomia, a pessoa idosa tende a apresentar maior grau de complicações e dificuldades no processo de adaptação, (...)”.

O impacto da presença de uma OEI na pessoa idosa pode ser maior do que num adulto mais jovem, pois ao terem relacionamentos pessoais e sociais de muitos anos, têm um sentimento de maior independência, valorizando muito uma vida social ativa (Slater, 2010). Barros, Santos & Erdmann (2008, p.29), referem que

---

<sup>6</sup> Fragilidade na pessoa idosa é definida como sendo “... um evento multidimensional e multideterminado, caracterizado por vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais e por alterações no sistema musculoesquelético, na função motora e corporal, que resultam em prejuízos funcionais e seus desfechos.” (Andrade, Fernandes, Nóbrega, Garcia & Costa, 2012, p. 748)

o estoma resulta de uma cirurgia mutilante, traumática para a pessoa idosa por sua trajetória de mudanças e adaptações relacionadas ao envelhecimento. Ser submetido a este processo ou a própria percepção da cirurgia traz ao idoso a ideia de que a imagem do seu corpo foi alterada, rompeu-se todo o esquema que ele tinha em relação a seu corpo, englobando um acentuado desconforto social, físico e psicológico, interferindo sobremaneira na sua qualidade de vida.

Se tivermos presente que o envelhecimento é uma etapa especialmente intensa de perdas: perda de papéis, filhos que saem de casa, reforma, viuvez, perda de autonomia, a perda da visão, audição, mobilidade e as restantes perdas a nível físico que condicionam, por vezes, o contacto com o mundo exterior e tendo presente que estas perdas tornam a pessoa idosa mais suscetível a situações de solidão, isolamento social e perturbações comportamentais, como é o caso da depressão (Dury, 2014; Teixeira, 2010; Nicholson, 2009), podemos então extrapolar que a pessoa idosa com OEI estará mais predisposta a desenvolver estas mesmas situações.

A presença de uma OEI vai assim provocar uma transformação na vida da pessoa idosa. Exige que esta passe por um período de transição, em que lhe será pedido a adoção de medidas adaptativas e de reajustamento aos seus hábitos de vida e autocuidados, pelo que é de vital importância que o regresso a casa destas pessoas se faça de forma harmoniosa e em segurança.

### **2.3 Regresso a Casa da Pessoa Idosa Submetida a OEI e sua Família**

Segundo Pereira (2013, p.33), o regresso a casa, “(...) é um processo que deve ser iniciado o mais precocemente possível(...)”. Este deve englobar a preocupação com a saúde, bem-estar e segurança da pessoa idosa e família, sendo necessária a mobilização de recursos que capacitem a pessoa para os cuidados de que necessita após a alta hospitalar (Rebelo, 2012).

Para Meleis (2010), o regresso a casa da pessoa idosa e sua família é um processo de transição situacional, que se inicia antes do dia da alta e que se estende ao período pós-alta hospitalar, pelo que as intervenções de enfermagem devem ser desenvolvidas de forma a alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar da pessoa. Assim, o planeamento do regresso a casa da pessoa

idosa submetida a OEI e família, deverá iniciar-se o mais precocemente possível, preferencialmente na admissão hospitalar, envolvendo a pessoa idosa e sua família no processo (Rydeman & Törnkvist, 2009; Maramba *et al*, 2004).

Segundo Orem (2001), o papel do enfermeiro junto destas pessoas surge quando existem limitações na realização do autocuidado, de forma efetiva e continuada. Ou quando se prevê uma alteração nas habilidades no autocuidado, sendo necessário a adoção de novas formas de autocuidado, exigindo assim, conhecimentos e habilidades especializadas, ou quando seja preciso ajuda para a pessoa se recuperar de uma doença ou lesão. Inicialmente a intervenção de enfermagem passa por substituir a pessoa idosa nos autocuidados, sendo o enfermeiro, agente de autocuidado. Em seguida, este deve guiar e orientar a pessoa idosa no processo de aprendizagem das alterações nos autocuidados, devendo proporcionar apoio físico e psicológico durante todas as fases do processo, mantendo um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal. Por fim, deve ensinar a pessoa idosa a autocuidar o seu estoma.

Orem (2001), descreve assim o papel do enfermeiro como assistindo a pessoa da dependência até à sua independência, sendo inicialmente o agente de cuidados e terminando a um nível educacional e de suporte.

Da revisão da literatura realizada constatámos que a intervenção de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI ocorre na fase pré-operatória, pós-operatória e no seguimento em ambulatório e em consulta de enfermagem de estomaterapia [Lowther, 2012; Slater, 2010; Borwell, 2009; Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2009].

Para que a adaptação da pessoa idosa com OEI tenha sucesso, esta deve iniciar-se na consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, quando o apoio e a preparação psicológica desta e da sua família são essenciais. O enfermeiro deverá avaliar o conhecimento que a pessoa idosa tem da doença, sistemas de apoio, o seu nível educacional, o seu estilo de vida e como este pode ser afetado pela realização da cirurgia. É também importante

avaliar a existência de limitações físicas e mentais que possam interferir com a capacidade da pessoa realizar os autocuidados e autocuidar a sua ostomia (Borwell, 2009b; Pontieri-Lewis, 2006). O enfermeiro deve ter sempre em consideração o processo de envelhecimento na avaliação da capacidade da pessoa se tornar independente nos autocuidados e autocuidado ao seu estoma (Williams, 2008).

Na fase pós-operatória o enfermeiro juntamente com a equipa multidisciplinar vão unir esforços no sentido de promover a adaptação da pessoa idosa, fomentando os autocuidados e o regresso a casa (Borwell, 2009a). Nesta fase a educação desempenha um papel fundamental na promoção do autocuidado à OEI. Educar a pessoa idosa requer tempo, perícia e dedicação para que esta consiga alcançar a independência e o autocuidado (Lowther, 2012), pelo que é essencial que o enfermeiro eduque e capacite a pessoa idosa para que esta consiga fazer as devidas adaptações nos autocuidados e hábitos de vida, assim como desenvolver habilidades práticas para cuidar do seu estoma e pele peri-estomal, saber fazer a seleção dos dispositivos e respetiva aquisição (Readding, 2005).

A educação para a saúde tem um papel de relevo na intervenção junto destas pessoas e suas famílias. Ao educar a pessoa idosa deve ser tido em consideração o processo de aprendizagem destas pessoas, pelo que se deve fazer uso dos princípios da Gerontagogia<sup>7</sup>. A pessoa idosa deve ser protagonista da sua própria formação, pelo que o enfermeiro deve procurar orientar a educação com métodos e técnicas adequadas às características desta, valorizando a sua experiência de vida e sabedoria, proporcionando assim momentos de partilha de conhecimentos em que ensinar e aprender estão lado a lado (Lemieux & Martinez, 2000).

No processo de educação para a saúde na pessoa idosa submetida a OEI, há que ter também em consideração o seu estado de saúde. Segundo Whitman (1998), o estado de saúde da pessoa pode afetar a sua

---

<sup>7</sup> Gerontagogia pode ser definida como uma ciência cujo objeto de estudo é a intervenção educacional no idoso. (Lemieux & Martinez, 2000)

disponibilidade experiencial e motivacional para aprender. De acordo com o autor à medida que as necessidades provocadas por um processo de doença diminuem, aumenta a disponibilidade da pessoa para aprender.

No percurso que decorre desde a tomada de conhecimento pela pessoa idosa que irá ser submetida a uma cirurgia para realização de uma OEI, até ao posterior acompanhamento em ambulatório pós-alta, o enfermeiro deve ser capaz de apoiar e compreender a perspetiva emocional desta, ajudando-a a ter consciência das suas capacidades e limitações relativamente à sua nova condição de vida, auxiliando-a a estabelecer metas realistas para as mudanças de comportamento e a atingir um dos principais objetivos que é readaptar-se ao seu estilo de vida habitual (Macedo, 2006).

O cuidado centrado na pessoa idosa é assim um elemento chave na forma de abordagem aos cuidados de enfermagem do idoso ostomizado, pois o enfermeiro deve ser capaz de particularizar quem é a pessoa que tem à sua frente, quais os seus desejos, necessidades, vontades, valores e crenças para que possa estar próximo desta e compreender a sua forma de ser e estar na vida (McCormack, 2003).

Este conhecimento permite ao enfermeiro orientar a sua intervenção no processo de tomada de decisão junto da pessoa idosa ostomizada, de uma forma congruente com a sua história e projeto de vida, facilitando a partilha de informação e valorizando os seus pontos de vista. O papel do enfermeiro é estar presente, dar apoio pessoal e profissional, ao mesmo tempo que capacita a pessoa a fazer escolhas de acordo com as suas crenças, valores e vontade própria (McCormack, 2003).

O envolvimento da família ao longo de todo o processo é fundamental, mas nesta fase é de extrema importância, pois irá permitir uma transição serena do hospital para casa, ao permitir a continuidade de cuidados. O suporte familiar e a aceitação do idoso ostomizado são essenciais para o sucesso do processo de recuperação e preparação do seu regresso a casa (Williams, 2012; Borwell, 2009b). A família deve ser integrada "(...) no plano da alta hospitalar para que estes deem uma resposta mais adequada aos desafios de saúde no regresso a casa" (Petronilho, 2010, p.52). O enfermeiro deve dar

suporte, capacitar a família e estabelecer uma relação de parceria com esta, de forma a incluí-la nos cuidados e a garantir a qualidade dos mesmos no regresso a casa da pessoa idosa com OEI (Green, 2008).

Os enfermeiros desempenham muitos papéis no cuidar da pessoa idosa com um estoma, nomeadamente agente de cuidados, facilitador, educador, treinador, conselheiro e defensor, sendo que o papel de educador é o que mais salientamos pois “(...) o ensino do doente, é o exercício da nossa autonomia, é a nossa tomada de decisão de forma a prepará-lo para a alta, tornando-se também um processo de reflexão.” (Macedo, 2006, p. 52)





### 3. METODOLOGIA DO PROJETO

Neste capítulo iremos explicitar e fundamentar as decisões metodológicas do projeto na concretização dos objetivos delineados.

Tendo em consideração a problemática identificada no serviço, e tendo presente os objetivos deste trabalho, optámos pela metodologia de projeto, pois esta “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo *et al*, 2010, p. 2).

A metodologia de projeto é constituída por cinco etapas: diagnóstico da situação (identificação do problema e recolha de informação de natureza objetiva); definição dos objetivos; planificação das atividades, meios e estratégias (tendo em consideração os objetivos delineados); execução das atividades planeadas e a divulgação dos resultados obtidos (Ruivo *et al*, 2010).

Como ponto de partida para o estudo desta problemática e estado da arte, elaborámos a seguinte questão de partida: **“Quais as intervenções de enfermagem no planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetido a OEI e sua família?”**. Os termos usados para a realização de pesquisa em base de dados foram: *elder\* OR old aged OR aged AND homecoming OR return\* home OR discharg\* AND stom\* OR stom\* AND nursing interventions OR nursing care OR nurs\**.

Após, delinear os objetivos gerais e específicos (Apêndice I) a alcançar, de forma a dar resposta ao problema identificado, necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências nesta área do saber, foram selecionados os campos de estágio com base nas características de cada local, pertinência nas aprendizagens a serem realizadas e por serem locais de boas práticas onde poderíamos desenvolver competências na área da pessoa idosa e pessoa idosa com OEI.

A realização de um dossiê de preparação para o estágio e as orientações tutoriais pré estágio e durante o estágio foram muito importantes

para a implementação e desenvolvimento deste projeto, pois permitiram consolidar ideias, estruturar e planejar todo o projeto e o seu percurso, salvaguardando sempre a ideia de que um projeto não é algo estático e imutável, mas que vai sofrendo alterações e adaptações ao longo do seu percurso, como no final acabámos por constatar.

### **3.1 Planeamento das Atividades e Estratégias**

O planeamento é a terceira fase da metodologia de projeto, onde são definidas as atividades a desenvolver, sendo também definidos métodos e técnicas de pesquisa, assim como o respetivo cronograma (Ruivo et al, 2010).

Tendo presente que este projeto teve como finalidade desenvolver competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família, através de um projeto de intervenção na área da pessoa idosa, com pertinência na prática e no contexto escolhido. E, considerando os objetivos gerais traçados para o projeto, o conhecimento do contexto de ação e as competências a desenvolver no cuidar da pessoa idosa e sua família, foram definidos objetivos específicos e atividades que permitissem a sua consecução, tendo sido também elaborado um cronograma onde foram explicitadas essas mesmas atividades de forma cronológica (Apêndice II).

Como parte integrante de um projeto, os seus intervenientes têm um papel fundamental na sua execução (Fortin, 2009; Ruivo *et al*, 2010). Neste projeto foram envolvidos todos os enfermeiros do serviço de cirurgia geral, perfazendo um total de 40 enfermeiros (4 enfermeiros encontravam-se de licença de maternidade e/ou baixa por doença) e todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, admitidas no serviço durante o período de estágio e que foram submetidas a uma intervenção cirúrgica para realização de uma OEI, e suas famílias.

### **3.2 Questões Éticas**

Para a realização deste projeto foi necessário garantir que os aspectos éticos a ele associados eram realizados, pelo que foi elaborado um requerimento ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital onde se implementou o projeto, foi pedido um parecer à Comissão de Ética e foi pedida autorização do Diretor do Serviço e da Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia Geral (Apêndice III). A Comissão de Ética e Conselho de Administração do Hospital deram um parecer positivo à implementação do mesmo (Anexo I), assim como o Diretor do Serviço e Enfermeira Chefe.

Tendo presente os valores e os princípios éticos, foi garantido às pessoas que foram envolvidas na implementação deste projeto, o seu anonimato e confidencialidade. Foram também explicados os objetivos do projeto e os instrumentos que seriam utilizados.

Relativamente às pessoas idosas a quem foram prestados cuidados, foi pedida autorização para a aplicação dos instrumentos de avaliação, assim como para a colheita de dados para elaboração dos estudos de caso.



## **4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS E RESULTADOS OBTIDOS**

Em seguida iremos descrever as atividades desenvolvidas ao longo do projeto, de modo a alcançar os objetivos gerais estipulados anteriormente.

Foram colocadas em prática todas as atividades planeadas, assim como outras que foram surgindo como oportunidades de crescimento pessoal, profissional e de aprendizagem ao longo do projeto. Iremos abordar de forma sequencial e cronológica os objetivos específicos definidos para cada objetivo geral, respetivas atividades e resultados obtidos nas diferentes fases do projeto. Iniciamos a descrição do nosso percurso, abordando os aspetos relacionados com o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família.

### **4.1 Prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa e sua Família**

Ao longo do período de estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa e sua família em contexto comunitário e hospitalar.

Desde o início da nossa atividade profissional sempre trabalhamos em contexto hospitalar, pelo que o contexto comunitário foi uma lufada de ar fresco e uma oportunidade única de crescimento e valorização pessoal e profissional. Entre o mês de Outubro e Novembro de 2014, tivemos a oportunidade de realizar um estágio de 4 semanas numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados<sup>8</sup> (ECCI) – Unidade de Cuidados na Comunidade<sup>9</sup> (UCC) da região

---

<sup>8</sup> A ECCI é "(...) uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não pode deslocar-se de forma autónoma." (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, p. 3862)

<sup>9</sup> A UCC "presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção." (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, p. 1184)

de Lisboa e Vale do Tejo. Esta foi uma experiência muito enriquecedora e gratificante, que permitiu que se desenvolvessem competências na área do cuidar da pessoa idosa e família em contexto domiciliário. Nomeadamente no estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa idosa e família, onde é visível o respeito pelo seu espaço, pela partilha de informação e conhecimentos, e pela tomada de decisão baseada na evidência científica, mas também nos desejos e necessidades da pessoa idosa e sua família.

A capa protetora que uma farda e o ambiente hospitalar nos trazem, deixa de existir quando vamos ao espaço do outro, tornando-nos mais conscientes e despertados para a necessidade de o ouvir, de conhecer as suas vontades e necessidades, sendo-nos pedido que as mesmas sejam satisfeitas de acordo com os seus padrões e rotinas, e não com os padrões e rotinas impostos, por exemplo em meio hospitalar. Torna-nos mais humildes, e permite que nos foquemos naquilo que realmente é importante para aquela pessoa, que trabalhemos em parceria com esta e a sua família, identificando as suas necessidades e anseios, e fazendo uso da tomada de decisão com todos os intervenientes envolvidos no processo de cuidar.

Pudemos observar que a proximidade existente entre o enfermeiro, a pessoa idosa e a sua família em contexto comunitário, permite que se estabeleçam relações de confiança e parceria, tendo a disponibilidade necessária para avaliar as suas necessidades, elaborar planos de cuidados individualizados e capacitando-as para que sigam o seu projeto de vida.

O papel do enfermeiro passa por conhecer a pessoa idosa e sua família, fazendo uma avaliação multidimensional desta e estabelecendo relações de parceria com os mesmos. Este deve elaborar planos de cuidados estruturados e individualizados, envolvendo a pessoa idosa e a sua família na tomada de decisão, definindo objetivos comuns, negociando estratégias que lhes permitam alcançar os objetivos definidos, e capacitando a pessoa idosa e a sua família para que sejam os principais intervenientes nos seus processos de saúde e doença.

Durante este estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados a diversas pessoas idosas e a pessoas idosas com OEI. Foi possível realizar

entrevistas a estas pessoas e suas famílias no sentido de avaliar como tinha sido o processo de transição do meio hospitalar para o domicílio. A maioria referiu que tinha sido um processo de adaptação lento, que com o apoio dos cuidados dos enfermeiros da ECCI tinha sido mais tranquilo. Foi também referido que no meio hospitalar a educação para a saúde era realizada muito próximo da alta, e como tal tiveram pouco tempo para aprender e apreender tudo o que lhes foi ensinado.

Foi muito importante ter esta perceção e *feedback*, pois contribuiu para a implementação do projeto, tendo confirmado o que a evidência científica refere acerca da necessidade de se preparar precocemente, de forma estruturada e planeada o regresso a casa destas pessoas, assim como veio confirmar a importância do acompanhamento por um enfermeiro da comunidade no período pós alta hospitalar (Fox *et al*, 2013; Coffey & McCarthy, 2012; Rebelo, 2012; Tomura *et al*, 2011; Rydeman & TörnKvist, 2009; Maramba *et al*, 2004).

Este estágio permitiu-nos também avaliar como é assegurada a continuidade de cuidados na comunidade e de que forma é feita a transmissão de informação entre o hospital e a comunidade. Durante este período tivemos a oportunidade de observar e analisar algumas cartas de transferência de enfermagem, e chegamos à conclusão que na maior parte das vezes, estas apenas mencionavam a necessidade de realização de penso a feridas cirúrgicas. Em nenhuma delas foi mencionado a educação para a saúde realizada e a necessidade de validação/reforço de conhecimentos, a necessidade de supervisão no autocuidado ao estoma, assim como a capacidade da pessoa e/ou família para executar os autocuidados. Esta falta de informação impede que haja uma continuidade nas intervenções que foram iniciadas e desenvolvidas no internamento hospitalar, dificultando a sua avaliação e avaliação dos resultados obtidos.

Estes aspetos vieram mais uma vez confirmar a importância do encaminhamento e referenciação de enfermagem no momento da alta hospitalar, para que a continuidade de cuidados seja assegurada de uma forma congruente, individualizada e de acordo com as necessidades e expectativas de vida de cada pessoa idosa e sua família (Rydeman & TörnKvist, 2009).

A convite da enfermeira orientadora do local de estágio na ECCI, tivemos a oportunidade de colaborar contribuindo com a proposta de orientações para a realização de uma norma de serviço relacionada com os cuidados a prestar à pessoa com OEI (Apêndice IV). Esta foi uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento de conhecimentos nesta área, e que contribuíram para a implementação do projeto no serviço de cirurgia geral.

Após este estágio, iniciámos o nosso percurso no serviço de cirurgia geral, onde tivemos a oportunidade de prestar cuidados à pessoa idosa, e à pessoa idosa com OEI. O estágio iniciou-se no dia 10 de Novembro de 2014, tendo terminado a 13 de Fevereiro de 2015. Durante este tempo, mobilizámos os conhecimentos adquiridos ao longo do nosso percurso formativo, fazendo uso deles na prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família. Isto permitiu-nos desenvolver competências relacionais, competências na avaliação multidimensional da pessoa idosa, fazendo uso de instrumentos de avaliação da mesma. Permitiu-nos também implementar intervenções de enfermagem individualizadas, definindo objetivos comuns, de acordo com as necessidades e desejos da pessoa idosa e sua família.

Ao longo do estágio na ECCI-UCC e no serviço de cirurgia geral, realizámos vários estudos de caso, pelo que apresentamos um exemplo em apêndice (Apêndice V). A realização de estudos de caso permitiu-nos recolher informação de uma forma sistematizada e estruturada sobre a pessoa idosa e sua família, o que facilitou a nossa compreensão acerca das repercussões da doença/internamento na vida destas. Estes conhecimentos permitiram-nos elaborar planos de cuidados individualizados, o que permitiu que a nossa intervenção junto destas pessoas e suas famílias fosse ao encontro das suas necessidades e projeto de vida.

Podemos afirmar, que após o percurso pela ECCI – UCC e pelo serviço de cirurgia geral, conseguimos ver a pessoa idosa no seu todo, de uma forma holística, inserida num contexto familiar. Estamos agora mais conscientes de que estas pessoas tiveram um passado e historial de vida que contribuíram para que elas sejam quem são hoje. Também nos permitiu ver que estas têm



expectativas e projetos de vida que pretendem seguir e alcançar, devendo a nossa intervenção ter em consideração todos estes aspetos.

No final consideramos que desenvolvemos competências de enfermeira especialista junto da pessoa idosa e sua família ao criar uma relação de confiança com estes, onde os cuidados prestados foram centrados na pessoa idosa e família. Elaborámos planos de cuidados estruturados e individualizados, envolvendo a pessoa e sua família nos mesmos, estabelecendo objetivos comuns, intervenções direcionadas às suas necessidades e capacitando-os para serem os principais intervenientes no autocuidado e processo de saúde/doença, valorizando os seus conhecimentos, as suas vontades, a sua experiência e projeto de vida. Desenvolvemos competências na utilização dos instrumentos de avaliação da pessoa idosa e sua família, assim como no estabelecimento de uma relação de parceria com estes.

#### **4.2 Intervenções de Enfermagem Sistematizadas no Regresso a Casa da Pessoa Idosa com OEI e sua Família**

Iremos agora descrever as atividades desenvolvidas ao longo da implementação do projeto de modo a alcançar os objetivos estipulados.

- **Desenvolvimento de competências na preparação do regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família**

Ao longo de todas as fases do projeto houve necessidade de aprofundar conhecimentos, fundamentar a problemática em estudo e clarificar conceitos, para que de uma forma estruturada e fundamentada na evidência científica, se identificassem as intervenções de enfermagem a implementar no regresso a casa da pessoa idosa com OEI, visando uma melhoria na prática de cuidados a estas pessoas e suas famílias.

Este percurso iniciou-se com a pesquisa em bases de dados, como referido anteriormente. Os dados recolhidos permitiram a construção de um

quadro conceptual que fundamentou o trabalho realizado, tendo contribuído também para a aquisição de conhecimentos relativos à problemática em estudo, e o desenvolvimento de competências na área da investigação ao identificar e definir as intervenções baseadas na evidência científica, na temática do regresso a casa da pessoa idosa com OEI.

De forma a complementar os dados adquiridos na literatura, e de forma a compreender de que modo estes são aplicados na prática de cuidados, realizámos um estágio de duas semanas na Consulta de Estomatoterapia de um Hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo, tendo sido orientada por uma perita na área.

Os aspetos que considerámos mais importantes e que proporcionaram momentos de maior aprendizagem estiveram relacionados com a realização da consulta de enfermagem pré-operatória e sua importância, e com o estabelecimento de uma relação terapêutica entre os enfermeiros da consulta e estas pessoas e suas famílias.

Constatámos que tal como é referido pela evidência científica, a consulta pré-operatória tem um papel fundamental na desmistificação de medos e ideias pré-concebidas, preparando a pessoa idosa e sua família para a fase de adaptação pós-cirúrgica, em que serão necessários ajustes aos seus hábitos e estilos de vida. É notório ao longo destas consultas, que as pessoas idosas e sua família vão desfragmentando ideias pré-concebidas, aparentando no fim da consulta um ar mais tranquilo e informado, referindo na sua maioria sentirem-se menos receosos face aos ajustes que terão que fazer no seu dia-a-dia. São criados laços e relações de confiança nesta primeira consulta, que se mantêm e são consolidadas nas consultas seguintes, fomentando a relação terapêutica como tivemos a oportunidade de observar nas consultas de *follow-up* a que assistimos.

Estas duas semanas de aprendizagem intensa, permitiram a aquisição e consolidação de conhecimentos nesta temática, assim como o desenvolvimento de competências no cuidar destas pessoas, nomeadamente no estabelecimento de uma relação terapêutica com estas e suas famílias. Consideramos que este estágio foi essencial na implementação do nosso

projeto, pois fez-nos questionar e refletir sobre a nossa prática de cuidados com a pessoa idosa e suas famílias no regresso a casa, tendo contribuído também para o desenvolvimento de competências relacionais e de formação nesta área.

Também os estágios realizados na ECCI – UCC e no serviço de cirurgia geral (onde foi possível a prestação de cuidados à pessoa idosa com OEI e sua família), foram muito importantes, pois permitiram que acompanhássemos a pessoa idosa e sua família ao longo de todo o percurso, desde a tomada de conhecimento da necessidade de realização de uma OEI, até ao seu acompanhamento no domicílio. Este acompanhamento permitiu-nos compreender e acompanhar as necessidades e dificuldades sentidas por estas pessoas em todas as fases do seu processo de adaptação e reajustamento nos autocuidados e hábitos de vida.

- **Capacitação da equipa de enfermagem no regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família**

Após a fase de aquisição, consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências nesta área, houve a necessidade de dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem numa formação em serviço que decorreu na primeira semana de estágio. Esta tinha sido programada inicialmente para a terceira semana de estágio após a entrega e análise dos questionários, mas por motivos relacionados com a implementação de outro projeto de uma colega de curso e com a realização de uma formação em serviço, houve a necessidade de ajustar a data da formação, de forma a reunir o maior número possível de elementos da equipa de enfermagem. Assim, esta realizou-se no dia 11 de Novembro de 2014, das 16h às 17h30, com o título “A pessoa idosa com OEI e sua família – Intervenções de enfermagem no regresso a casa” (Apêndice VI).

Tendo em consideração que houve necessidade de alterar a estratégia definida inicialmente para esta formação, em que pretendíamos apresentar o projeto e os resultados dos questionários e a partir daí direcionar a formação para as áreas problemáticas que tivessem sido identificadas. Esta formação

passou somente pelo dar a conhecer o projeto aos elementos da equipa, não tendo sido realizada formação sobre a temática, para não enviesar os resultados dos questionários a serem aplicados.

Durante a formação foi solicitada a colaboração de elementos da equipa na implementação do projeto, tendo obtido a colaboração dos elementos do grupo de trabalho do serviço sobre as ostomias (cinco elementos), que se mostraram muito agradadas em participar e colaborar ao longo da implementação do projeto.

A sessão de formação teve a presença de 50% dos elementos da equipa de enfermagem, tendo este número ficado um pouco aquém do que era por nós esperado. Associámos a ausência dos enfermeiros ao cansaço e desmotivação da equipa, relacionados com a necessidade do serviço de realização de vários turnos extraordinários e consequente sobrecarga horária. Por este motivo foram realizadas apresentações informais durante os turnos, ou após a passagem de ocorrências, aos elementos que não assistiram à sessão de formação, para lhes dar a conhecer o projeto.

Considerando as características da equipa (maioritariamente jovem), e tendo presente que as equipas de ambos os serviços começaram a trabalhar em conjunto há relativamente pouco tempo, e que se encontram segundo Tuckman (1965), na 1ª fase de desenvolvimento de uma equipa (Forming), optou-se por um estilo de comunicação assertiva e de liderança democrático (Marquis & Huston, 2005), na formação e ao longo da implementação do projeto. Consideramos que este estilo de liderança contribuiu para que o grupo cooperasse na implementação do projeto, incluindo-os e tornando-os parte integrante não do nosso, mas sim, do projeto de toda a equipa de enfermagem do serviço de cirurgia geral. Assim, consideramos que desenvolvemos competências na área da liderança e comunicação, ao implementar este projeto com a colaboração e parceria da equipa de enfermagem.

De forma a identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem relativamente ao regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família, foi elaborado e aplicado um questionário aos elementos da equipa de enfermagem e foram realizadas auditorias aos registos de enfermagem. Foi

também avaliado com vários elementos da equipa de enfermagem, quais as suas práticas junto da pessoa idosa com OEI e sua família, na preparação do regresso a casa.

### Elaboração e aplicação de **questionários** aos elementos da equipa de enfermagem

Para identificar os conhecimentos da equipa de enfermagem aplicou-se um questionário, pois tendo em consideração o número elevado de elementos que constituem a equipa de enfermagem (40 elementos), este é segundo Ruivo *et al* (2010), e Fortin (2009) o método mais adequado a utilizar.

Na primeira semana de estágio iniciou-se a elaboração do questionário a aplicar aos elementos da equipa de enfermagem. Esta revelou-se uma atividade de difícil consecução, pois foram necessárias algumas alterações no mesmo, antes e após o pré-teste, para que a sua sensibilidade, a sua fidelidade, e a sua validade fossem alcançadas (Ruivo *et al*, 2010). Por este motivo, o mesmo só foi entregue na terceira semana de estágio.

O questionário é composto por 10 questões (Apêndice VII), relativas ao regresso a casa destas pessoas e suas famílias, pretendendo-se avaliar se os enfermeiros têm presente que alterações próprias do processo de envelhecimento podem condicionar o autocuidado, a importância da consulta de enfermagem pré-operatória e a realização de educação para a saúde ao longo de todo este processo. Os questionários foram disponibilizados em ambos os serviços no dia 25 de Novembro de 2014, tendo sido recolhidos no dia 2 de Dezembro de 2014, pelo que os enfermeiros tiveram o período de uma semana para responder aos mesmos. Estes foram respondidos por 27 enfermeiros, o que representa 67,5% dos enfermeiros do serviço. Apesar de não ser um valor muito elevado, consideramos que este foi positivo, pois nesse período, dos 13 enfermeiros que não responderam, 5 estavam ausentes por doença, licença de maternidade e licença parental, e 4 estiveram de licença de férias.

Após análise dos questionários preenchidos (Apêndice VIII), constatámos que de uma forma global a maior parte dos enfermeiros do serviço tem presente os conhecimentos relativos à preparação do regresso a

casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família, uma vez que as respostas corretas situaram-se na sua globalidade acima dos 74%. Em 10 questões, foram respondidas de forma incorreta 30% das questões pela maioria dos enfermeiros.

Constatámos que a equipa tem presente a maioria dos conhecimentos relativos à preparação do regresso a casa destas pessoas e suas famílias, mas que apresentava algumas lacunas relativamente à importância da consulta pré-operatória e necessidade de educar e capacitar estas pessoas para a sua readaptação aos seus hábitos e estilos de vida quando deixarem o meio hospitalar. Assim, considerámos que a equipa de enfermagem necessitaria de formação nestas duas áreas.

Os resultados dos questionários foram transmitidos a todos os elementos da equipa de enfermagem, através do envio dessa informação para o correio eletrónico profissional de cada enfermeiro. Foi também deixada a informação impressa no dossiê do projeto de estágio em cada um dos serviços e foi dada informação individualizada aos enfermeiros, por vezes com reflexões sobre a temática.

#### Auditoria e análise dos **registos de enfermagem**

Entre os dias 17 e 28 de Novembro, foi realizada uma auditoria e análise aos registos de enfermagem a 5 processos clínicos de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e que tinham sido submetidas a OEI. Foram auditados os registos de enfermagem de pessoas que se encontravam internadas no serviço de Cirurgia Geral desde o início do mês de Novembro, até ao dia 28 do referido mês, altura em que todas as pessoas já tinham tido alta.

As auditorias foram realizadas através de uma *checklist* já existente no serviço (Anexo II), à qual foram feitas algumas alterações para dar respostas às necessidades de avaliação da preparação do regresso a casa, de acordo com o que a evidência científica refere. Esta *checklist* (Apêndice IX), foi elaborada tendo por base a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), e o padrão SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), do serviço de cirurgia geral. Foram considerados os registos das

intervenções assinaladas em planos de cuidados como tendo sido realizadas e os registos escritos em notas de exceção.

Após a realização desta auditoria, ficámos surpreendidos por constatarmos que a imagem que nos é dada a conhecer destas pessoas através dos registos de enfermagem ficam aquém daquilo que seria esperado, uma vez que os registos de enfermagem e os planos de cuidados não refletiam a pessoa no seu todo, mas somente parte desta. Assim, considerámos que este seria um aspeto a merecer a atenção da equipa de enfermagem, no sentido de realizar planos de cuidados individualizados e o mais completos possível.

Relativamente aos resultados das auditorias realizadas (Apêndice X), observámos que no período pré-operatório, a equipa tem presente a importância de se identificar o cuidador familiar, de se identificarem alterações físicas/sensórias/cognitivas que possam condicionar o autocuidado, e de se marcar o local do estoma. Relativamente às consultas pré-operatórias realizadas, não foi realizada educação para a saúde relacionada com esta temática. Esta informação veio reforçar os resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros deste serviço, relativamente à necessidade de se iniciar a educação para a saúde sobre os autocuidados, ajustamentos necessários aos hábitos e estilo de vida destas pessoas e dispositivos no período pré-operatório, tendo sido reforçada a ideia de que esta seria uma área a ser trabalhada com a equipa de enfermagem.

Em relação ao período pós-operatório constatámos que a educação para a saúde realizada a estas pessoas e sua família focou-se essencialmente na alimentação, exercício físico, cuidados à pele periestomal e estoma, e dispositivos. De realçar que da educação para a saúde realizada, apenas os temas relacionados com os cuidados ao estoma e dispositivos foram realizados a 100% das pessoas e suas famílias. Estes dados demonstram que os enfermeiros têm presente a importância de educar e capacitar estas pessoas e suas famílias, para autocuidarem o seu estoma e trocarem os dispositivos, e que consideram que esta é a área que deve ser mais trabalhada com estas pessoas e suas famílias. Estes dados vêm dar ênfase aos resultados obtidos

no questionário (questão nº 10), em que os enfermeiros consideraram que o essencial na preparação do regresso a casa destas pessoas e sua família, é capacitar ambos para o autocuidado ao estoma.

Tendo presente que o essencial na preparação do regresso a casa destas pessoas é que retomem os seus hábitos e estilos de vida com os devidos ajustamentos e adaptações, e não só o prestar cuidados ao seu estoma, este é um aspeto que foi trabalhado com a equipa, para que a transição do meio hospitalar para casa se processasse de uma forma tranquila, e com os conhecimentos que permitiram a estas pessoas retomarem o seu estilo de vida com o mínimo de alterações.

O encaminhamento para a consulta de enfermagem de estomaterapia após a alta hospitalar, foi realizado a 100% das pessoas. Este foi um aspeto a realçar na equipa, pois tem presente a importância do acompanhamento pós alta destas pessoas e a necessidade de acompanhamento especializado por uma enfermeira estomaterapeuta.

Relativamente à carta de alta para o enfermeiro de família/enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários, quando elaborada, foi sempre com o intuito de continuidade de cuidados relativos à necessidade de cuidados relacionados com a ferida operatória, o que vem de alguma forma validar os dados recolhidos no estágio da ECCL, onde verificámos a mesma situação.

Sendo o acompanhamento no domicílio um aspeto importante nesta fase de transição, foi necessário fomentar junto da equipa de enfermagem a necessidade de elaborar cartas de alta a todas as pessoas, pois os enfermeiros da comunidade são um recurso disponível e numa fase inicial de adaptação destas pessoas e suas famílias, podem ter um papel relevante na mesma (Borwell, 2009b). Esta foi outra área que considerámos merecedora de atenção pela equipa de enfermagem, pelo que foi trabalhada com a mesma.

Os resultados das auditorias foram transmitidos a todos os elementos da equipa de enfermagem, através do envio dessa informação para o correio eletrónico profissional de cada enfermeiro. Foi também deixada a informação impressa no dossiê do projeto de estágio, em cada um dos serviços, e foi dada



informação individualizada aos enfermeiros, por vezes com reflexões sobre a temática.

Consideramos que estas atividades permitiram-nos desenvolver competências na área da investigação, fazendo uso dos seus princípios no diagnóstico da situação. Consideramos também que desenvolvemos competências na área da reflexão crítica, ao analisarmos os resultados dos questionários, e das auditorias realizadas aos registos de enfermagem.

#### Realização de **formação** oportuna aos elementos da equipa de enfermagem

Durante o período de estágio tivemos a possibilidade de realizar formação oportuna aos elementos da equipa de enfermagem sobre a pessoa idosa com OEI e o regresso a casa. Estes momentos de aprendizagem e partilha de experiências com os enfermeiros do serviço, aconteceram na maior parte das vezes de forma natural e espontânea, quer fosse através de um pedido de ajuda ou esclarecimento, quer fosse em conversas informais sobre pessoas internadas no serviço ou que já tinham estado internadas. Tentámos otimizar estas situações de aprendizagem partilhando-as com outros elementos da equipa e refletindo em conjunto sobre as mesmas.

Tentámos que estes períodos de formação se transformassem em momentos de reflexão e orientação, fazendo uso dos princípios do processo de supervisão clínica, dando suporte profissional e favorecendo os momentos de aprendizagem que permitissem o desenvolvimento de conhecimentos e competências nos enfermeiros, promovendo a responsabilização pela sua prática e aumentando assim a proteção e segurança das pessoas nos cuidados prestados (Department of Health, 1993, *in* Lyth, 2000).

Tivemos também presente os princípios da formação de adultos nestes momentos de formação oportuna, ao termos em consideração o desenvolvimento da pessoa que tínhamos perante nós, tendo presente as suas necessidades, motivações e valorizando a experiência adquirida ao longo do seu percurso profissional (Knowles, 1990).

De referir mais uma vez, que por não termos feito uma sessão de formação inicial como tínhamos planeado, sentimos que esta foi uma barreira

na transmissão dos conhecimentos sobre esta temática, pelo que optámos por tentar transmitir essa informação das mais variadas formas. Como mencionámos anteriormente, através da formação oportuna, mas também nos documentos escritos que fomos elaborando e entregando aos colegas. Nomeadamente no guia de preenchimento da *checklist*, onde colocámos informação que considerávamos importante e pertinente, no manual de orientação das intervenções de enfermagem no regresso a casa elaborado (Apêndice XI), assim como nos vários *e-mails* que foram enviados aos enfermeiros do serviço.

Ao desenvolvermos a formação em contexto da ação, consideramos que desenvolvemos competências na área da formação ao atuarmos como agentes de desenvolvimento formativo dos restantes profissionais.

- **Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família**

A 1 de Dezembro de 2014 iniciou-se a fase de implementação do projeto, que decorreu até dia 30 de Janeiro de 2015.

Após a reunião de formação onde foi divulgado o projeto, e onde foi pedida a colaboração de elementos da equipa de enfermagem na sua implementação de uma forma mais participativa, iniciou-se o processo de elaboração de uma *checklist* e respetivo guião de preenchimento com os mesmos.

Elaboração da **checklist** e respetivo guia orientador de preenchimento, para o regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família

A elaboração da *checklist* de regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família e respetivo guia, iniciou-se na primeira semana de Dezembro de 2014. Inicialmente fizemos um protótipo de uma *checklist*, que demos a conhecer aos elementos do grupo de trabalho das ostomias do serviço e que tinha aceitado colaborar na implementação do projeto. Estes tiveram a

oportunidade de analisar a *checklist*, e posteriormente de acordo com as sugestões e ideias conjuntas de todo o grupo e enfermeira orientadora do local de estágio, a *checklist* foi finalizada.

Para não implementarmos a *checklist*, sem o prévio pré-teste, tivemos que aguardar até início de Janeiro de 2015 (por não terem sido internadas pessoas submetidas a OEI durante todo o mês de Dezembro), para o realizar, tendo então a *checklist* final (Apêndice XII) e o Guia Orientador de Preenchimento da *Checklist* de Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e sua Família (Apêndice XIII), sido apresentados aos elementos da equipa de enfermagem na segunda semana de Janeiro, assim com o respetivo guião de preenchimento.

Tendo em consideração a pouca disponibilidade da equipa para se deslocar ao local de serviço fora do seu horário de trabalho para sessões de formação, optámos por enviar a *checklist* e respetivo guia para o correio eletrónico profissional de todos os enfermeiros. Optámos também por colocar um exemplar de cada nos dossiês do projeto, para que facilmente fossem consultados. Também abordámos individualmente os elementos da equipa de enfermagem, para lhes dar a conhecer pessoalmente a *checklist*, aproveitando esse tempo para esclarecer eventuais dúvidas que tivessem surgido.

A equipa mostrou-se agradada com a *checklist*, referindo que de forma rápida e fácil conseguiam ter uma ideia das intervenções de enfermagem que já tinham sido realizadas com aquela pessoa, e as que faltavam realizar. Consideramos que a elaboração desta *checklist* foi uma mais-valia para os enfermeiros e para a pessoa idosa com OEI e sua família, pois desta forma estamos a garantir que todos os focos da intervenção de enfermagem no regresso a casa destas pessoas são contemplados, e as suas necessidades avaliadas e satisfeitas (Rydeman & Törnkvist, 2009).

### **Realização de um dossiê de estágio**

Ao longo do período de estágio foi criado um dossiê de estágio, que continha a *checklist* e respetivo guia de preenchimento, o manual de orientação das intervenções de enfermagem no regresso a casa da pessoa idosa com OEI

e sua família, os resultados dos questionários e auditorias realizadas aos registos de enfermagem e vários artigos sobre a pessoa idosa, a pessoa idosa hospitalizada, a preparação do regresso a casa e sobre a pessoa idosa com OEI. Foram elaborados 2 dossiês de estágio, um para cada serviço, tendo depois os mesmos sido colocados no balcão de enfermagem de cada serviço, onde estavam facilmente acessíveis e visíveis para quem os quisesse consultar. Este dossiê acabou por funcionar como uma ferramenta de apoio e consulta dos enfermeiros do serviço, ao longo de todo o projeto.

#### Elaboração de um **manual de orientação** de intervenções de enfermagem no regresso a casa da pessoa idosa e sua família

A elaboração de um manual de orientação com as intervenções de enfermagem a realizar no regresso a casa da pessoa idosa com OEI (Apêndice XI) e sua família surgiu da necessidade de compilar toda a informação a que tínhamos acedido, e que julgávamos ser importante toda a equipa de enfermagem ter presente. Esta necessidade esteve associada ao facto de não ter existido uma sessão de formação com os enfermeiros para expor o que a evidência científica nos diz acerca desta temática, e com o facto de querermos partilhar estes conhecimentos com toda a equipa, para que o desenvolvimento de competências e saberes nesta área não se restringisse apenas a nós.

O manual foi elaborado entre Novembro e Dezembro de 2014, tendo sido apresentado à equipa no mês de Janeiro. O mesmo foi disponibilizado no dossiê do projeto, na documentação de serviço existente na intranet e mais uma vez foi enviado por correio eletrónico a todos os enfermeiros do serviço. Os enfermeiros mostraram-se agradados com o manual, referindo que será uma ferramenta de suporte na prestação de cuidados a estas pessoas.

Durante o período de implementação das intervenções de enfermagem no regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família, tentámos envolver e motivar os vários elementos da equipa de enfermagem. Quer através de técnicas motivacionais como o uso do reforço positivo e tentando criar um clima motivador ao ser um modelo positivo entusiasmado ao longo da implementação

do projeto (Marquis & Huston, 2005), assim como mostrando disponibilidade para esclarecer dúvidas, para acompanhar os enfermeiros na prestação de cuidados junto destas pessoas, e contribuindo também para que os enfermeiros interiorizassem as intervenções a desenvolver no regresso a casa.

A partir do momento em que a *checklist* foi implementada no serviço de cirurgia geral (2ª semana de Janeiro), houve uma monitorização da sua aplicação às pessoas idosas submetidas a OEI. Nas primeiras semanas constatámos que na maior parte das vezes, esta era colocada e iniciado o preenchimento por nós, tendo sido necessário um trabalho diário com a equipa para a relembrar da sua existência e aplicabilidade. Porém, no final do estágio, esta situação começou a inverter-se e os enfermeiros já tomavam a iniciativa de colocar a *checklist* no processo e iniciar o seu preenchimento.

Um dos aspetos que foi muito discutido com os elementos da equipa de enfermagem, foi a importância dos registos de enfermagem e a necessidade de estes serem o mais completos possível, de forma a dar visibilidade às intervenções que são desenvolvidas pelos enfermeiros, e de forma a demonstrarem a intervenção junto destas pessoas e famílias. Consideramos que este foi um aspeto que originou momentos de discussão e reflexão sobre as nossas práticas, tendo contribuído para que a equipa fizesse registos mais completos e que espelhassem a sua intervenção.

Ao longo do estágio fomos tornando um elemento de referência junto da equipa de enfermagem, esclarecendo dúvidas sobre a pessoa idosa com OEI e as intervenções de enfermagem a desenvolver no regresso a casa das mesmas, sendo solicitada a nossa intervenção junto destas pessoas e suas famílias sempre que os enfermeiros sentiam alguma dificuldade ou necessidade de apoio sobre esta temática.

Este sentimento e reconhecimento foram consolidados quando fomos convidados pela enfermeira estomaterapeuta do serviço, a colaborar com ela na **apresentação de uma temática** sobre “Como viver com um estoma intestinal” (Apêndice XIV), nas Jornadas de Gastroenterologia de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, subordinadas ao tema Doença Inflamatória Intestinal, no dia 16 de Janeiro de 2015 (Anexo III).

Mais uma vez este foi um momento de aprendizagem e desenvolvimento de competências comunicacionais, mas principalmente de partilha com o outro, pois tivemos oportunidade de partilhar os conhecimentos que fomos adquirindo ao longo do percurso escolar e de estágio, e que serão a base da nossa intervenção na prestação de cuidados à pessoa idosa com OEI.

Consideramos que desenvolvemos competências na área da motivação e liderança de equipas, ao tentar motivar o outro e ser um modelo positivo e proactivo ao longo do estágio. Desenvolvemos também competências na área da formação e comunicação.

A última fase da implementação deste projeto passou pela avaliação do mesmo e iniciou-se no dia 01 de Fevereiro, tendo terminado no dia 13 do referido mês.

Com a implementação deste projeto no serviço de cirurgia geral, foi perceptível uma mudança na intervenção dos enfermeiros junto da pessoa idosa com OEI e suas famílias. Assim, de forma a dar visibilidade a essa mudança e a avaliar os resultados obtidos, realizámos novamente uma análise aos registos de enfermagem e à *checklist* entretanto implementada.

#### Avaliação dos resultados da implementação das intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e família

Entre os dias 2 e 8 de Fevereiro procedemos à observação e análise do preenchimento das *checklist's* para monitorizar a aplicação das intervenções de enfermagem no regresso a casa destas pessoas e suas famílias. Realizámos também auditorias aos registos de enfermagem dessas mesmas pessoas.

Foram auditados os **registos de enfermagem** de quatro processos clínicos de pessoas idosas com OEI, que se encontravam internadas no serviço de Cirurgia Geral desde o início do mês de Janeiro, até ao dia 30 do referido mês, altura em que todas as pessoas já tinham tido alta. As auditorias foram realizadas fazendo uso da *checklist* utilizada anteriormente na primeira auditoria aos registos de enfermagem. Foram considerados os registos das

intervenções assinaladas em planos de cuidados como tendo sido realizados, e os registos escritos em notas de exceção.

Da análise realizada (Apêndice XV), concluímos que os enfermeiros passaram a realizar registos mais completos, sendo agora mais visíveis as intervenções de enfermagem relacionadas com a educação para a saúde, abordando temas que eram pouco trabalhados com estas pessoas, como por exemplo o vestuário ou a higiene. Constatámos também que os planos de cuidados estão mais completos e individualizados, refletindo agora a pessoa à qual estes se dirigem.

Este aspeto pode ser explicado pela consciencialização dos enfermeiros sobre a importância de se capacitar estas pessoas e suas famílias a fazerem os devidos ajustamentos e adaptações em múltiplos aspetos do seu autocuidado no regresso a casa, assim como a importância de se realizarem registos completos e personalizado, para que estes espelhem a nossa intervenção junto destas pessoas.

De mencionar que nesta não se realizaram consultas de enfermagem pré-operatória por contingências de serviço, pelo que não houve oportunidade de realizar educação para a saúde com estas pessoas e suas famílias nessa fase.

Constatámos que nas cartas de alta de enfermagem elaboradas, apenas 25% mencionava a educação para a saúde que tinha sido realizada, o autocuidado que a pessoa conseguia realizar, a data da marcação da consulta de enfermagem de estomaterapia e a necessidade de acompanhamento na comunidade. Consideramos, que apesar de ser um número baixo, é um aspeto positivo, pois significa que se deram os primeiros passos para que o regresso a casa destas pessoas se faça com o devido acompanhamento na comunidade após a alta hospitalar.

Após análise dos registos de enfermagem concluímos que os enfermeiros passaram a ter uma intervenção mais dirigida, individualizada e focalizada nas necessidades de cada pessoa enquanto ser único, implementando agora um leque de intervenções mais completas no regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família.

Após a implementação da **checklist** do regresso a casa da pessoa idosa com OEI, houve necessidade de se avaliar a sua utilização e preenchimento. Para tal elaboramos uma grelha de auditoria (Apêndice XVI), que foi depois colocada em prática. Foram analisadas as quatro *checklist's* (Apêndice XVII), que se encontravam nos processos clínicos a que se realizaram as auditorias aos registos de enfermagem.

Na análise das quatro *checklist's*, constatámos que todos os parâmetros existentes nas mesmas foram preenchidos na sua totalidade, representando uma taxa de preenchimento de 100%. Este resultado significa que as intervenções a serem desenvolvidas no regresso a casa destas pessoas e suas famílias foram tidas em consideração, e que foi avaliada a pertinência de as realizar ou não. Assim, podemos afirmar que estas pessoas e as suas famílias deixaram o ambiente hospitalar melhor capacitadas a fazerem os devidos ajustamentos e adaptações nos seus autocuidados e hábitos de vida.

O preenchimento da *checklist* permite-nos de uma forma rápida e precisa, validar as intervenções que já foram executadas e as que faltam realizar. Na educação para a saúde, conseguimos observar facilmente o que já foi realizado, a quem e os temas que faltam abordar com a pessoa idosa e sua família, para que possam regressar a casa com as ferramentas necessárias para fazerem os devidos ajustamentos e adaptações nos seus hábitos e estilos de vida, sendo este o motivo pelo qual os enfermeiros consideraram a utilização da *checklist* muito positiva.

Ao longo do processo de implementação do projeto, estabelecemos uma **articulação com a enfermeira Estomaterapeuta** do hospital onde se desenvolveu o projeto, no sentido de obter a sua colaboração na implementação do projeto no serviço, solicitando a sua ajuda sempre que considerámos necessário, assim como pedindo a sua colaboração na avaliação do encaminhamento feito pelos enfermeiros do serviço para a consulta de estomaterapia.

Tivemos a oportunidade de estar um dia na consulta de enfermagem de estomaterapia, com a enfermeira estomaterapeuta. Este foi mais uma vez um momento de grande aprendizagem, pois foi possível observar que o



acompanhamento destas pessoas e sua família é feito de uma forma estruturada e individualizada às necessidades de cada uma. Foi possível observar que os conhecimentos transmitidos durante a fase de internamento são na sua maioria facilmente apreendidos pela pessoa idosa e sua família, sendo depois consolidados com o apoio e educação para a saúde realizada pela enfermeira estomaterapeuta.

#### Divulgação dos resultados obtidos após a implementação do projeto no serviço de cirurgia geral

A fase de divulgação dos resultados obtidos após a implementação do projeto decorreu entre os dias 9 e 13 de Fevereiro. Inicialmente tínhamos proposto realizar uma sessão de formação com a equipa, mas tendo em consideração a conjuntura atual do serviço, considerámos que conseguiríamos abranger um maior número de enfermeiros, se realizássemos uma sessão de formação nas passagens de turno com recurso ao *power point*, expondo os aspetos mais significativos da implementação do projeto e aspetos onde poderemos investir mais (Apêndice XVIII).

Foram realizadas cinco sessões ao longo da semana, juntamente com a colega de serviço que também implementou um projeto, com a duração média de 40 minutos cada, tendo sido transmitida a informação a 21 enfermeiros, o que corresponde a 52,5 % da equipa de enfermagem. Também optámos por enviar esta informação para o correio eletrónico de todos os enfermeiros, para que todos tivessem conhecimento dos resultados alcançados. Esta informação também foi disponibilizada em ambos os dossiês do projeto.

No final todos os enfermeiros consideraram a *checklist* uma mais-valia, servindo muito vezes de lembrete às intervenções que devem ser realizadas no regresso a casa destas pessoas. Foi sugerido também pela maioria, que seria uma mais-valia ter a *checklist* no padrão SAPE. Os enfermeiros referiram também estar mais conscientes e alerta para a necessidade de capacitar a pessoa idosa com OEI e sua família o mais precocemente possível, valorizando também a importância do encaminhamento para o enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários.

Ao longo deste percurso, existiram aspetos que de alguma forma foram considerados contrariedades à implementação deste projeto. Consideramos que o facto de esta ser uma equipa que começou a trabalhar de forma conjunta há relativamente pouco tempo e o facto de ainda não conhecermos os elementos do serviço de Cirurgia I, veio dificultar ou de alguma forma funcionar como um constrangimento na implementação deste projeto. Mas tentámos ultrapassar este aspeto estando sempre que possível presente no serviço, mostrando disponibilidade para estar com os enfermeiros e esclarecer dúvidas.

Outro constrangimento foi o tamanho da equipa e a dificuldade em encontrar e abordar todos os seus elementos, de forma a transmitir-lhes a informação relativa ao projeto e sua implementação. Consideramos no entanto, que este aspeto foi de alguma forma contornado ao enviarmos toda a informação por correio eletrónico a todos os enfermeiros do serviço. Este foi sem dúvida uma mais-valia na transmissão da informação e resultados obtidos.

Consideramos que para um projeto desta complexidade o tempo disponibilizado para a sua implementação tornou-se curto, pois seria necessário mais tempo para que toda a equipa interiorizasse a implementação da *checklist* e a importância de realizar educação para a saúde na fase pré-operatória, sendo este um aspeto a continuar a ser trabalhado com os enfermeiros.

A desmotivação da equipa foi outro fator que de alguma forma contribuiu para que os enfermeiros não mostrassem tanta disponibilidade para participarem em ações de formação e na implementação do projeto, como já tinha acontecido em projetos anteriores. Tentámos colmatar estes aspetos fazendo uso de técnicas motivacionais e mostrando disponibilidade.

Também a dualidade de papéis enquanto aluna e profissional do serviço foi dificultadora em algumas ocasiões, ao ser difícil para alguns elementos da equipa diferenciarem o nosso papel enquanto aluna e enquanto profissional. Nestas alturas foi importante a nossa assertividade e o assumir um papel de líder democrática na implementação do projeto.

Gostaríamos de salientar que o facto de termos a enfermeira chefe do serviço a orientar-nos foi facilitador e contribuiu de forma expressiva para a implementação do projeto. Esta fomentou o nosso espírito analítico e crítico na avaliação das situações e forma de resolução de problemas e dificuldades, tendo contribuído também para a nossa aprendizagem em termos de liderança de equipas e projetos.

#### **4.3 Melhoria da Qualidade dos Cuidados e Competências Desenvolvidas**

Ao longo deste percurso fomos dando os passos necessários para consolidarmos o nosso saber, e como tal consideramos que estamos uns passos mais próximos de nos tornarmos perita nesta área do cuidar, pois conseguimos ter uma compreensão global das situações que se apresentam perante nós, sendo capaz de identificar situações onde a nossa intervenção marcou a diferença (Benner, 2001), tornando visível os conhecimentos por nós adquiridos ao longo de todo o percurso escolar e período de estágio.

Avaliando as alterações que ocorreram na intervenção de enfermagem no regresso a casa da pessoa idosa com OEI e família, podemos referir que houve uma melhoria nos cuidados prestados. Consideramos que houve uma alteração nas práticas da equipa de enfermagem ao realizar atualmente planos de cuidados individualizados e atualizados, assegurando desta forma cuidados de enfermagem personalizados e mais completos. Também os registos de enfermagem sofreram uma melhoria, espelhando agora as intervenções que são realizados com estas pessoas e suas famílias. A preparação do regresso a casa passou a ser uma preocupação desde o início do internamento, e não somente no dia da alta.

Creemos que foi plantada a semente para que futuramente se inicie a educação para a saúde na consulta de enfermagem pré-operatória, assim como a realização de uma carta de alta de enfermagem a todas as pessoas idosas, de forma a assegurar a continuidade de cuidados a estas pessoas pelo enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários.

Destacamos a introdução de uma nova prática na equipa de enfermagem, nomeadamente o preenchimento da *checklist* de preparação do regresso a casa, que veio de alguma forma garantir que todas as intervenções são tidas em consideração junto destas pessoas e suas famílias.

Finalmente, consideramos que a principal mudança que ocorreu foi a melhor preparação do regresso a casa da pessoa idosa e sua família, ao deixarem o meio hospitalar com as ferramentas necessárias para ultrapassarem esta fase de transição e adaptação às mudanças nos autocuidados e estilos de vida, contribuindo desta forma para que estes continuem o seu percurso e projeto de vida.

O processo de implementação deste projeto foi uma experiência muito gratificante e que contribui para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e saberes, mas que contribuiu também para o desenvolvimento de competências em diversas áreas como a investigação, a formação e a prestação de cuidados. Consideramos também que desenvolvemos competências ao nível dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

Relativamente às competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, consideramos que desenvolvemos uma prática de cuidados à pessoa idosa e sua família, baseada na tomada de decisão ética e deontológica, trabalhando em parceria com estes, de acordo com as suas preferências, respeitando sempre os seus valores, costumes e crenças, e garantindo o seu direito à privacidade. Na nossa prática profissional fizemos uso do Código Deontológico, tendo as nossas decisões sido suportadas pelos seus princípios e valores, nomeadamente “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.76). Desenvolvemos competências na tomada de decisão, baseando a mesma nos conhecimentos por nós adquiridos, na evidência científica, nos princípios éticos e deontológicos e nas preferências manifestadas pela pessoa idosa e sua família.

No **domínio da melhoria da qualidade** desempenhámos um papel de liderança na implementação e dinamização deste projeto, planeando e avaliando o mesmo, assim como nas atividades que foram desenvolvidas e implementadas. Mobilizámos os conhecimentos adquiridos e a evidência científica. No final consideramos que este foi um processo que permitiu que se estruturasse e sistematizasse a intervenção de enfermagem junto da pessoa idosa com OEI e família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, ao permitir que a pessoa idosa com OEI regresse a casa de uma forma tranquila, informada e capacitada a fazer as devidas adaptações nesta fase de transição. Desenvolvemos competências na implementação, gestão e avaliação de um projeto, tendo agora as competências necessárias para futuramente planear e implementar outros projetos que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados à população idosa, que se prevê que continue a aumentar e que é o alvo dos nossos cuidados, juntamente com a sua família.

Relativamente ao **domínio da gestão de cuidados**, desenvolvemos competências na liderança de equipas, gestão de projeto e interação na equipa de enfermagem, ao adaptar o nosso estilo de liderança durante a implementação do projeto às características da equipa de enfermagem, a cada enfermeiro de forma individual, e ao fazermos uso de técnicas motivacionais perante uma equipa que se encontra desmotivada. Este aspeto é reforçado, ao desempenharmos o papel de consultor quando abordados por elementos da equipa de enfermagem, quer na prestação de cuidados específicos à pessoa com OEI, quer na nossa área de especialidade. Consideramos, que ao melhorar a resposta e intervenção da equipa de enfermagem junto destas pessoas, e ao contribuir para a reflexão da prática e tomada de decisão junto da equipa, foi possível aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Abordando agora o **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, temos a perceção de que fomos desenvolvendo o auto-conhecimento e a assertividade ao longo de todo o estágio. Consideramos que as aprendizagens realizadas durante este percurso e os conhecimentos adquiridos sobre o referencial teórico presente neste relatório, foram essenciais no estabelecimento de relações terapêuticas e cuidados centrados na pessoa

idosa e sua família. Permitiram uma avaliação precoce das suas necessidades, e uma intervenção personalizada e conjunta com todos os intervenientes, no seu regresso a casa. Consideramos ainda que desenvolvemos também competências como formadora. Inicialmente identificámos as necessidades de formação da equipa aplicando instrumentos de avaliação (questionários e auditorias), e posteriormente desenvolvendo ações educativas em contexto da ação para dar resposta a essas mesmas necessidades. Estas ações passaram por momentos de formação oportuna e individualizada, pelo envio de mensagens de correio eletrónico, pela elaboração de uma *checklist* e respetivo guia, pela elaboração de um manual de orientação de intervenções de enfermagem e pela discussão e reflexão com os elementos da equipa sobre esta temática. Consideramos que atuámos sempre como um elemento dinamizador na incorporação destes conhecimentos na prática de cuidados da equipa, o que permitiu uma melhoria na qualidade dos mesmos.

Ao longo do nosso percurso escolar e período de estágio foi-nos possível integrar, desenvolver e aprofundar conhecimentos, aplicando esses mesmos conhecimentos na implementação do projeto, na resolução de problemas e definição de soluções. Consideramos que fomos capazes de dar a conhecer ao outro de uma forma clara e assertiva as conclusões por nós alcançadas e os conhecimentos e raciocínio que estiveram por detrás dessas mesmas conclusões.

Ao analisarmos o desenvolvimento de conhecimentos que sustenta a prática de enfermagem nesta área do cuidar, e ao ter a possibilidade de os confrontar com a realidade dos cuidados prestados, quer a nível hospitalar quer a nível domiciliário, consideramos que desenvolvemos a nossa capacidade analítica e crítica,

Pensamos que ao possuímos este nível de conhecimentos foi-nos possível desenvolver este projeto de intervenção, possuindo agora as bases para desenvolvermos novos projetos e trabalhos de investigação no futuro. Consideramos que as competências de mestre adquiridas e acima descritas, capacitaram-nos a sermos os principais atores no nosso processo de aprendizagem no futuro.

## 5. CONCLUSÃO

O envelhecimento da população é nos nossos dias uma realidade que se vem consolidando e que se prevê que aumente num futuro próximo. Assim, é essencial que a sociedade esteja alerta e desperta para as necessidades desta população, sendo dever do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, antever e identificar essas mesmas necessidades.

Com o aumento do envelhecimento da população, é também esperado que as doenças que têm maior expressão nesta faixa etária também aumentem, como é o caso do tumor colorretal. Assim, é previsível que pela sua forma de tratamento mais frequente, aumente o número de pessoas idosas com OEI.

Pelas alterações físicas, psicológicas e sociais que a presença de uma OEI traz, é necessário que a intervenção de enfermagem junto das pessoas idosas e suas famílias seja estruturada e planeada desde o momento em que há a tomada de decisão da necessidade da sua realização, até ao acompanhamento em ambulatório em consulta de enfermagem de estomaterapia. Assim, o regresso a casa da pessoa idosa com OEI deve ser planeado e definido juntamente com esta e a sua família, para que estas consigam fazer as devidas adaptações e reajustamentos nos autocuidados e no autocuidado ao estoma, deixando o ambiente hospitalar capacitadas a fazer essas mesmas adaptações e reajustamentos.

No final deste percurso consideramos que a implementação deste projeto no serviço de cirurgia geral contribuiu para que os cuidados prestados à pessoa idosa com OEI e sua família tivessem uma melhoria na sua qualidade, pois permitiu que todas as intervenções a ter em consideração no regresso a casa fossem ponderadas e implementadas de acordo com a avaliação realizada. A melhoria na preparação do regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família deu contributos, ao garantir que estes foram melhor capacitados a serem os seus próprios agentes de cuidados, tendo deixado o hospital com as ferramentas necessárias para fazerem os devidos

ajustamentos aos seus hábitos e estilos de vida, contribuindo desta forma para que retomem os seus objetivos e projeto de vida.

Houve uma mudança considerável nas intervenções de enfermagem da equipa, ao realizar planos de cuidados mais individualizados, registos de enfermagem mais completos e ao utilizarem um novo instrumento de trabalho (*checklist*) na prestação de cuidados a estas pessoas. Também o manual de orientação das intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família elaborado é um aspeto a ter em consideração, ao permitir que toda a equipa de enfermagem tenha acesso à evidência científica no cuidar destas pessoas, garantindo ao mesmo tempo que todos os enfermeiros têm acesso às intervenções a desenvolver para capacitar a pessoa idosa com OEI e sua família, a fazerem as devidas adaptações nos autocuidados e estilos de vida, em todas as fases deste processo de transição.

A equipa fez uma avaliação positiva do projeto e da implementação do mesmo, referindo que a *checklist* se tornou uma mais-valia na prestação de cuidados a estas pessoas, contribuindo para uma sistematização da informação, validando as intervenções desenvolvidas e dando visibilidade às intervenções a realizar na preparação do regresso a casa destas pessoas, o que de alguma forma vem ao encontro do que a evidência científica refere como sendo boas práticas no regresso a casa destas pessoas.

Também o manual de orientação das intervenções de enfermagem foi recebido com agrado pela equipa de enfermagem, tendo a sua maioria referido que é um suporte teórico completo, de fácil consulta e que permite uma uniformização das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a pessoa idosa com OEI e sua família, em ambos os serviços da cirurgia geral.

Este foi um caminho nem sempre fácil, mas que permitiu que desenvolvêssemos competências ao nível da formação, da investigação, de liderança, relacionais, na prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família, ao nível da ética, ao nível da gestão de cuidados, mas fundamentalmente pessoais ao despertar em nós um espírito crítico e de análise.



Consideramos que os objetivos definidos foram atingidos, ao desenvolvermos competências de enfermeira especialista e mestre na área da pessoa idosa, e ao termos contribuído para a sistematização das intervenções de enfermagem no regresso a casa destas pessoas.

No futuro próximo pretendemos continuar a ser a impulsionadora deste projeto no serviço. Pretendemos também contribuir para a adaptação da *checklist* no padrão SAPE do serviço, assim com realizar as devidas mudanças no mesmo para que melhor identifique as intervenções de enfermagem realizadas com a pessoa com OEI e sua família.

A nível pessoal e de formação gostaríamos de desenvolver mais conhecimentos nesta área, sendo nosso desejo frequentar o curso de estomaterapia para que possamos contribuir e impulsionar a implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória de estomaterapia no serviço de cirurgia geral.

Consideramos também desenvolver um trabalho de investigação nesta área, mais especificamente na avaliação da importância da consulta de enfermagem de estomaterapia na adaptação e aceitação da OEI pela pessoa idosa e sua família. Pensamos que a consulta, pelos princípios inerentes à mesma, é onde o exercício da nossa autonomia enquanto profissão e da nossa intervenção junto da pessoa idosa e sua família, será mais manifesto.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altuntas, Y.E, Kement, M., Gezen, C., Eker, H.H., Aydin, H., Sahin, F., Okkabaz, N. & Oncel, M. (2012). The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *European Journal of Cancer Care*. 21. 776-781. Acedido em: 21/06/2014 de MEDLINE with Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>
- Almborg, A.; Ulander, K.; Thulin, A. & Berg, S. (2008). Patient's perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 18. 199-209. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02321.x
- Andrade, A.N., Fernandes, M.G.M, Nóbrega, M.M.L., Garcia, T.R. & Costa, K.N.F.M. (2012). Análise do Conceito Fragilidade em idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*. 21(4). 748-756. Acedido em: 10/01/2015 de Scielo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/04.pdf>
- Barata, M. (2010). *Considerações sobre Estomas. Ostomias Boletim Semestral*, 2º semestre, p. 3-5. Associação Portuguesa de Ostomizados. Acedido em 25/03/2014. Disponível em: <http://www.apostomizados.pt>
- Barros, E.J.L.; Santos, S.S.C. & Erdmann, A.L. (2008). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada na perspectiva da complexidade. *Revista RENE*. 9 (2). 28-37. Acedido a 16/06/14. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962004.pdf>
- Benner, p. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta
- Black, P. (2009). Care of the older ostomate in the residential care setting. *Nursing and Residential Care*. 11(3). 123–127. Acedido em: 02/04/2014 de Academic Journals: EBSCO. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=6ebe7001-11131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Black, P. (2011). The role of the carer and patient in stoma care. *Nursing and Residential Care*. 13(9). 432–436. Acedido em: 02/04/2014 de Academic Journals: EBSCO. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=6ebe7001-11131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Bohnekamp, S.K, McDonald, P., Lopez, A. M., Krupinski, E. & Blackett, A. (2004). Traditional Versus Telenursing Outpatient Management of Patients With Cancer With New Ostomies. *Oncology Nursing Forum*. 31 (5). 1005-1010. **DOI:** 10.1188/04.ONF.1005-1010

Borwell, B., (2009a). Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *British Journal of Community Nursing*. 14 (8). 326-331. Acedido em: 15/05/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=53&sid=6ebe7001-11131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Borwell, B., (2009b). Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *British Journal of Nursing*. 18 (4). 20-25. Acedido em: 15/05/2014 de MEDLINE With Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6ebe7001-11131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&vid=62&hid=4207>

Burch, J. (2012). Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal of Community Nursing*. 16(8). 366-373. Acedido em: 15/05/2014 de MEDLINE With Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=66&sid=6ebe7001-11131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência

Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (3), 773-781. Acedido em:

em: 12/07/2014 de Scielo. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>

Coffey, A. & McCarthy, G. M. (2012). Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing*. 8. 104-115. **DOI:** 10.1111/j.1748-3743.2012.00316.x

Costa, A.C.A.S. (2011). *Os Enfermeiros e as Representações Sociais Sobre o Envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada*. (Tese de Mestrado). Disponível no <http://hdl.handle.net/10362/5894>

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série - A, N.º 109 (06-06-2006). 3856-3865

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Diário da República I Série, N.º 38 (22-02-2008). 1182-1189

Dury, R. (2014). Social Isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *British Journal of Community Nursing*, 19 (3), 125-128. Acedido em: 12/05/2014 de Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=75&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Ferreira, A. C., Seça, A. & Morais, I. (2009). Pessoa Ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão*, 20. 3. Acedido em 25/03/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro>

Figueiredo, M. H., (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Ed.

- Fortin, M-F (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Fox, M. T.; Persaud, M.; Maimets, I.; Brooks, D.; O'Brien, K. & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMG Geriatrics*. 13(70). Acedido em: 15/05/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=79&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*. 6 (8). 14-23. Acedido em: 21/10/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=82&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade, cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, Piaget Editora
- Gomes, I. D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso "O erro de Narciso"*. Universidade Aberta. Lisboa
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Teses de doutoramento). Disponível no RCAAP
- Grant, M.; McCorkle, R.; Hornbrook, M.C.; Wendel, C.S. & Krouse, R. (2012). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 28 (1), 70-78. **DOI:** 10.1007/s13187-012-0433-1.
- Green, S. B. (2008). Significance of the Philosophy of Family-Centred Care. *School of Nursing Scholarly Works*. Acedido em: 12/03/2014. Disponível em: [http://digitalcommons.uconn.edu/son\\_articles/49](http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/49)
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

International Agency for Research on Cancer – GLOBOCAN 2012. World Health Organization. Acedido em: 27/03/2014. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013). *Revista de Estudos Demográficos*. nº 51-52. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido em 27/03/2014. Disponível em: <http://www.ine.pt>

Kingsley, L., Smith, J.A., Bobb, K. & Liles, L.M.L. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advance Nursing*. 60(6), 627-635. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x

Knowles, M. (1990) *L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation*. Paris : Les Éditions d'Organisation

Lemieux, A. & Martinez, M.S. (2000). Gerontagogy Beyond Words: A Reality. *Educational Gerontology*. Acedido em: 16/07/2014. Disponível em: <http://hera.ugr.es/doi/14999973.pdf>

Lowter, C. (2012). The impact of stoma formation and enhanced recovery in the elderly. *Gastrointestinal Nursing*. 10 (8). 34-39. Acedido em: 15/05/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=95&sid=6ebe7001-11131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Lyth, G. M. (2000). Clinical Supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 31(3), 722-729. Acedido em: 02/02/2014 de Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=93&sid=6ebe7001-11131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Macedo, L. M. V. S.. (2006). Educação para Alta à Pessoa com Ostomia. *Revista Sinais Vitais*. 67, 51-53

Maramba, P. J., Richards, S., Myers, A. L. & Larrabee, J. H. (2004). Discharge Planning Process. Applying a Model for Evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*. 19(2), 123-129. Acedido em: 16/10/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=97&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Marquis, B.L. & Huston, C. J. (2005). *Administração e Liderança em Enfermagem*. (4ª Ed). Porto Alegre: Artmed

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209. Acedido em: 21/02/2014 de MEDLINE with Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=105&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Meleis, A. (2010). *Transition Theory. Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. USA: Springer Publishing Company

Nicholson, Jr. N. R. (2009). Social Isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (6), 1342-1352. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Pearson, T. (2010). Older people should be given practical support to effectively manage their stomas. *Nursing Times*. 106 (11). 16-20 Acedido a 19/06/2014. Disponível em: <http://www.nursingtimes.net/journals/2013/01/18/h/x/v/100323older-people-should-be-given-practical-support-to-effectively-manage-their-stomas.pdf>

Pereira, I.C.B.F. (2013). *Regresso a Casa: Estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica editor

Petronilho, F.A.S. (2010). A Transição dos Membros da Família para o Exercício do Papel de Cuidadores Quando Incorporam um Membro



Dependente no Autocuidado: Uma Revisão da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. Fevereiro, 43-58

Pinto, A.M. & Botelho, M.A. (2007). Fisiopatologia do Envelhecimento. In A. M. Pinto (Coordenadora). *Fisiopatologia: Fundamentos e Aplicações*. Lisboa: LIDEL

Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *MEDSURGE Nursing*.15 (4). 199-202. Acedido em: 15/05/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=07f40d3c-ea7a-4e80-84ad-2ac3a87f7932%40sessionmgr114&hid=118>

Readding, L.A. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Nursing*. 14 (16). 16-20. Acedido em: 15/05/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=07f40d3c-ea7a-4e80-84ad-2ac3a87f7932%40sessionmgr114&hid=118>

Rebelo, M. (2012). O regresso do Doente a Casa: Saberes e práticas dos Enfermeiros no Processo de Alta. In M. Bastos (Organizadora). *Cuidar em Enfermagem – Saberes da Prática*. Coimbra: Formasau

Ringhofer, J. (2005). Meeting the needs of your ostomy patient. *RN*. 68(8). 37-42. Acedido em: 15/05/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=110&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37.

Rydeman, I. & Törnkvist, L. (2009). Getting prepared for life at home in the discharge process - from the perspective of the older persons and their

relatives. *International Journal of Older People Nursing*. 5. 254-264. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2009.00190.x

Sales, C. A.; Violin, M.R.; Marcon, M.A. & Silva, M.A. (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: Compreensão existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 44 (1),221-227. Acedido a 02/01/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a31v44n1.pdf>

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel

Slater, R.C. (2010). Managing quality of life in the older person with a stoma. *British Journal of Community Nursing*. 15(10), 480-484. Acedido em: 15/11/2014 de CINAHL Plus With Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=120&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência

Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Faculdade de Psicologia. Dissertação de mestrado. Lisboa. Acedido em 10/04/14. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf)

Tomura, H., Yamamoto-Mitani, N., Nagata, S., Murashima, S. & Suzuki, S. (2011). Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*. 20 (3/4). 444-453. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03556.x

Tuckman, B. (1965) - Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*. 63 (6). 384-399

Walker, C.A. & Lachman, V.D. (2013). Gaps in the Discharge Process For Patients With an Ostomy: An Ethical Perspective. *MEDSURG Nursing*. 22 (1). 61-64. Acedido em: 10/01/2015 de MEDLINE with Full Text. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=07f40d3c-ea7a-4e80-84ad-2ac3a87f7932%40sessionmgr114&hid=118>

Whitman, N. L. (1998). Health Status. In M. Boyd et al. *Health Teaching in Nursing Practice*. Connecticut: Appleton & Lange

Williams, J. (2008). Caring for the older ostomate. *Nursing & Residential Care*. 10 (2). 64-67. Acedido em: 15/05/2014 de MEDLINE with Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=136&sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&hid=4207>

Williams, J., (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*. 21(13). 786-794. Acedido em: 15/05/2014 de MEDLINE with Full Text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6ebe7001-1131-40b3-a0c5-a85284973037%40sessionmgr4005&vid=139&hid=4207>

Wright, L.M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiros e famílias – Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 4ª Ed. São Paulo: Editora Roca.

World Health Organization (WHO) (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Objetivos Específicos e Atividades a desenvolver**





**1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e sua família, como Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização à pessoa idosa**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades/ Estratégias a desenvolver</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
1.1. Aprofundar conhecimentos sobre a temática da pessoa idosa e sua família, suas necessidades e especificidades de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica em bases de dados e biblioteca da ESEL;</li> <li>- Revisão narrativa da literatura sobre o processo de envelhecimento, necessidades e especificidades de cuidados à pessoa idosa e sua família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descreve o processo de envelhecimento, as necessidades e especificidades do cuidado à pessoa idosa e família.</li> </ul>
1.2. Identificar o papel do enfermeiro especialista junto da pessoa idosa e sua família em contexto domiciliário e hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista na vertente médico-cirúrgica e das Competências de Mestre definido pela ESEL;</li> <li>- Reflexão sobre as competências que adquiri ao longo da minha experiência profissional nos cuidados à pessoa idosa e sua família e sobre as competências a desenvolver enquanto Mestre e Enfermeira Especialista médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa;</li> <li>- Análise da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família, em contexto domiciliário e hospitalar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete sobre o desenvolvimento profissional e nível competências a desenvolver enquanto enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa;</li> <li>- Analisa a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa/família, no contexto domiciliário e hospitalar.</li> </ul>

<p>1.3. Intervir como enfermeira especialista, na capacitação da pessoa idosa e sua família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação multidimensional da pessoa idosa com doença aguda e/ou crónica no seu ambiente familiar e em meio hospitalar, intervindo de acordo com as suas necessidades, potencialidades e expectativas de vida, através da realização de estudos de caso;</li> <li>- Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, tendo em consideração o papel do enfermeiro especialista em contexto domiciliário e hospitalar, através da realização de um estágio de 2 semanas numa Consulta de Estomaterapia, 4 semanas numa UCC - ECCI e 12 semanas no serviço de cirurgia geral de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo;</li> <li>- Realização de educação para a saúde à pessoa idosa e sua família na gestão da sua doença aguda ou crónica;</li> <li>- Mobilização dos conhecimentos adquiridos durante o curso e revisão da literatura feita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora um estudo de caso que demonstra a mobilização de conhecimentos, a avaliação multidimensional da pessoa idosa e família, e uma intervenção baseada na evidência científica;</li> <li>- Presta cuidados à pessoa idosa e família, intervindo de forma diferenciada e baseada na evidência científica, junto destes;</li> <li>- Demonstra no estudo de caso elaborado que a educação para a saúde realizada ao idoso/família contribuiu para a resolução dos problemas identificados.</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2. Implementar intervenções de enfermagem sistematizadas na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia de eliminação intestinal e sua família

Objetivos específicos	Atividades/ Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>2.1. Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa com OEI e a preparação do regresso a casa</p>	<p>Pesquisa bibliográfica na biblioteca da ESEL, internet e em bases de dados, fazendo uso dos seguintes descritores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. nursing interventions OR nursing care OR nurs*,</li> <li>. elder* OR old age OR aged,</li> <li>. ostom* OR stom*,</li> <li>. home coming OR return* home OR discharg*,</li> <li>. family OR carer;</li> </ul> <p>- Revisão da literatura sobre a pessoa idosa com OEI;</p> <p>- Realização de estágio de observação participativa em local de boas práticas de cuidados na área da pessoa com OEI (Consulta de Estomaterapia), num hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo, durante 2 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Observação do funcionamento e organização da consulta;</li> <li>. Análise da intervenção do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa com OEI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descreve e mobiliza os conhecimentos adquiridos sobre o idoso com OEI e a preparação do regresso a casa;</li> <li>- Reflete sobre as atividades desenvolvidas no estágio à luz da evidência científica;</li> <li>- Analisa a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com OEI.</li> </ul>

<p>2.2. Intervir como enfermeira especialista na sistematização das intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração em conjunto com a equipa de enfermagem, de um guião de orientação e checklist para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família;</li> <li>- Implementação das intervenções de enfermagem para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Verificação da presença da checklist no processo do doente e seu preenchimento;</li> <li>. Validação da realização de planos de cuidados individualizados à pessoa idosa e família;</li> <li>. Avaliação diária da equipa de enfermagem, relativamente às necessidades de educação para a saúde, dificuldades sentidas, complicações e apoios necessários para o regresso a casa da pessoa idosa com OEI e sua família;</li> <li>. Articulação com a enfermeira estomoterapeuta;</li> </ul> </li> <li>- Avaliação dos resultados da implementação das intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e família: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Verificação do preenchimento de checklist para monitorizar a aplicação das ações que constam no guião de orientação (antes e após a implementação das intervenções sistematizadas);</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora em conjunto com a equipa de enfermagem um guião de orientação para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e sua família, onde está incluída a checklist;</li> <li>- Semanalmente afere o nº de pessoas idosas com OEI e valida o preenchimento da checklist;</li> <li>- Semanalmente avalia os planos de cuidados da pessoa idosa com OEI;</li> <li>- Semanalmente verifica o encaminhamento para a consulta de estomoterapia;</li> <li>- Realiza 2 auditorias aos registos SAPE (no início e no final do estágio), para validar a individualização dos planos de cuidados elaborados à pessoa idosa com OEI e sua família;</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Realização de auditorias aos processos da pessoa idosa com OEI - SAPE (antes e após a implementação das intervenções sistematizadas), para verificação da realização da avaliação da pessoa idosa e individualização dos planos de cuidados elaborados à pessoa idosa com OEI e sua família;</li> <li>. Articulação com Enfª Estomoterapeuta para avaliação do encaminhamento para a consulta de estomaterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfª estomoterapeuta informa acerca do encaminhamento de pessoas idosas com OEI para a sua consulta;</li> </ul>
2.3. Capacitar a equipa na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação do projeto à equipa de enfermagem e pedido de colaboração para participarem num grupo de trabalho que dinamize o mesmo;</li> <li>- Identificação das práticas e conhecimentos da equipa de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a OEI e família, através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Elaboração e entrega de questionário aos enfermeiros do serviço para avaliação dos conhecimentos sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a OEI e família, e áreas em que sentem maior necessidade de formação;</li> <li>. Análise das respostas aos questionários e identificação das necessidades de formação manifestadas pela equipa;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulga o projeto à equipa de enfermagem e existem X enfermeiros interessados em participar;</li> <li>- Elabora um questionário para avaliar os conhecimentos da equipa sobre a temática;</li> <li>- Número de elementos da equipa de enfermagem que responderam ao questionário elaborado;</li> <li>- Analisa os resultados dos questionários;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões de formação com a equipa de enfermagem do serviço de cirurgia geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>. No início do estágio - Para apresentação do projeto;</li> <li>. No final do estágio – Para avaliar o projeto (dar feedback das atividades desenvolvidas e resultados obtidos) e obter sugestões, opiniões e aspetos a melhorar no futuro;</li> </ul> </li> <li>- Realização de formação oportuna aos elementos da equipa de enfermagem sobre a pessoa idosa com OEI e o regresso a casa;</li> <li>- Promoção da discussão e partilha de experiências na equipa de enfermagem sobre a pessoa idosa com OEI e o regresso a casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta na primeira reunião de formação o resultado dos questionários entregues aos enfermeiros da equipa, o estado da arte e as atividades a desenvolver;</li> <li>- Apresenta na reunião do final de estágio os resultados obtidos e faz juntamente com a equipa uma avaliação do projeto;</li> <li>- Nº de participantes na sessão de formação realizada;</li> <li>- Promove a discussão e partilha de experiências com os elementos da equipa de enfermagem sobre temática da pessoa idosa com OEI e o regresso a casa, fazendo uso de estudos de casos.</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **APÊNDICE II – Cronograma**





Meses	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro	
Atividades		29 a 03	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 31	03 a 07	10 a 14	17 a 21	24 a 28	01 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 30	02 a 06	9 a 13
Pesquisa Bibliográfica e revisão da literatura														Férias de Natal							
C. Estomaterapia																					
UCC - ECCI																					
S. Cirurgia Geral																					
Observação e análise do papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família,																					
Avaliação multidimensional da pessoa idosa																					
Observação e participação na prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família																					
Reunião com a equipa de enfermagem para apresentação do projeto																					
Elaboração e entrega de questionário aos enfermeiros do serviço																					
Análise dos questionários e identificação das necessidades de formação																					

Meses	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro	
Atividades		29 a 03	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 31	03 a 07	10 a 14	17 a 21	24 a 28	01 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 30	02 a 06	9 a 13
Articulação com Enf. <sup>a</sup> Estomoterapeuta														Férias de Natal							
Elaboraração da estrutura do guião e checklist																					
Apresentação do guião e checklist à equipa																					
Realizar formação oportuna aos elementos da equipa de enfermagem, e promover a discussão e troca de experiências																					
Implementação das intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa com OEI e família e preenchimento da checklist																					
Verificar o preenchimento de checklist para monitorizar a aplicação das ações que constam no guia de intervenção																					
Realização de auditorias aos processos da pessoa idosa com OEI - SAPE																					
Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem para avaliação do projeto																					

### **APÊNDICE III – Pedidos de Autorização para realização do Projeto**



Exmo. Presidente do  
Conselho de Administração do  
Hospital [REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio no Serviço de Cirurgia Geral

Eu, Magda Brigitte Gomes Santos, Enfermeira, a exercer funções no serviço de Cirurgia II, com o número mecanográfico 22991, a frequentar o 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, Unidade Curricular Estágio com Relatório, venho por este meio, pedir autorização para realizar o projeto “A Pessoa Idosa com Ostomia de Eliminação Intestinal e sua Família – Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa”, no Serviço de Cirurgia Geral.

Solicito também a Vossa Exa autorização para a recolha de informação junto dos enfermeiros do serviço de Cirurgia Geral, através da aplicação de um questionário, para avaliação de conhecimentos relacionados com a prática de cuidados a estes doentes.

O desenvolvimento do trabalho de campo assumirá o compromisso com o código de ética que lhe é inerente.

Coloco-me, desde já à disposição de Vossa Exa para esclarecimentos complementares. Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Almada, 20 de Novembro de 2014

Exmo. Diretor do Serviço de Cirurgia Geral,  
Exma. Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia Geral,  
do Hospital [REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de projeto de estágio no Serviço de Cirurgia Geral

Eu, Magda Brigitte Gomes Santos, Enfermeira, a exercer funções no serviço de Cirurgia II, com o número mecanográfico 22991, a frequentar o 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, Unidade Curricular Estágio com Relatório, venho por este meio, pedir autorização para realizar o projeto “A Pessoa Idosa com Ostomia de Eliminação Intestinal e sua Família – Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa”, no Serviço de Cirurgia Geral.

Solicito também a Vossas Exa<sup>s</sup> autorização para a recolha de informação junto dos enfermeiros do serviço de Cirurgia Geral, através da aplicação de um questionário, para avaliação de conhecimentos relacionados com a prática de cuidados a estes doentes.

O desenvolvimento do trabalho de campo assumirá o compromisso com o código de ética que lhe é inerente.

Coloco-me, desde já à disposição de Vossas Exa<sup>s</sup> para esclarecimentos complementares. Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Almada, 20 de Novembro de 2014

À Comissão de Ética  
do Hospital [REDACTED]

**Assunto:** Pedido de parecer à realização de projeto de estágio no Serviço de Cirurgia Geral

Eu, Magda Brigitte Gomes Santos, Enfermeira, a exercer funções no serviço de Cirurgia II, com o número mecanográfico 22991, a frequentar o 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, Unidade Curricular Estágio com Relatório, venho por este meio, pedir o vosso parecer à realização do projeto “A Pessoa Idosa com Ostomia de Eliminação Intestinal e sua Família – Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa”, no Serviço de Cirurgia Geral.

Este projeto visa a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa ostomizada e sua família.

Pretendo também, através da aplicação de um questionário, avaliar os conhecimentos dos enfermeiros, sobre esta temática.

No âmbito deste estágio solicito ainda autorização para consultar registos de enfermagem em processo clínico, numa amostra aleatória de doentes submetidos a ostomia de eliminação intestinal durante o mês de Novembro e no mês de Janeiro. Pretendo usar uma grelha de avaliação do serviço, que foi utilizada anteriormente com o mesmo objetivo.

O desenvolvimento do trabalho de campo assumirá o compromisso com o código de ética que lhe é inerente.

Coloco-me, desde já à disposição de Vossas Exas para esclarecimentos complementares. Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,  
Almada, 20 de Novembro de 2014





#### **APÊNDICE IV – Norma de Procedimento Utente Ostomizado – UCC**





## **Norma de Procedimento – Utente Ostomizado**

---

**Finalidade:** Estabelecer orientações na prestação de cuidados à pessoa ostomizada  
Prevenir e identificar complicações na pessoa ostomizada

**Destinatários:** Enfermeiros

**Autor (es):** Magda Santos (estudante do 5º curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa)

**Elaborada em:** 03/11/2014

### **Lista de Siglas**

---

**OEI** - ostomia de eliminação intestinal

**SF** – Soro fisiológico

**HGO** – Hospital Garcia de Orta

### **Definições**

---

**Ostomia** é uma abertura cirurgicamente criada num órgão oco e o meio externo, como por exemplo no intestino, permitindo a derivação de fezes para o exterior. Estas podem ser temporárias ou definitivas.

**Estoma** designa a abertura feita intencionalmente para fazer comunicar um órgão oco com o exterior.

Introdução .....	3
1. Ostomias .....	4
1.1 Tipos de Ostomias .....	4
1.2 Características do estoma .....	5
2. Dispositivos e Material Acessório .....	6
3. Cuidados à Ostomia .....	8
3.1 Higiene.....	8
3.2 Mudança de Dispositivos.....	8
3.3 Vestuário .....	9
3.4 Alimentação .....	9
4. Vigilâncias .....	10
5. Complicações.....	12
Bibliografia .....	18

## Introdução

---

A cirurgia para realização de uma ostomia de eliminação intestinal (OEI), é um procedimento que acarreta consequências a nível físico, psicológico, social e espiritual, suscitando sentimentos de incerteza em relação ao presente e ao futuro, e sentimentos relacionados com as expectativas de vida da pessoa ostomizada (Altuntas *et al*, 2012; Williams, 2012; Sales *et al*, 2010).

As alterações físicas provocadas pela presença de uma ostomia estão na sua grande maioria relacionadas com o estoma. A alteração na eliminação de fezes, o cheiro, o uso de dispositivos de eliminação e o aparecimento de complicações como as hérnias periestomais, prolapsos, retração do estoma, hemorragias, obstipação ou diarreia e problemas de pele, são algumas das preocupações apresentadas pela pessoa ostomizada (Grant, McCorkle, Hornbrook, Wendel & Krouse, 2013; Williams, 2008). No entanto, poderão ocorrer alterações não relacionadas com a ostomia como o cansaço e alterações no padrão de sono, relacionadas com o receio de fugas nos dispositivos de eliminação (Grant *et al.*, 2012).

A pessoa ostomizada poderá experienciar depressão, ansiedade, sentimentos de incerteza e vergonha, baixa auto estima e dificuldades no contacto com o outro, relacionados com a alteração da sua imagem corporal, sensação de mutilação e rejeição de si própria, o que pode favorecer situações de isolamento (Grant *et al.*, 2012; Sales *et al*, 2010; Kingsley, Smith, Bobb & Liles, 2007).

A presença de uma OEI provoca uma transformação na vida da pessoa. Exige que esta passe por um período de transição, em que lhe será pedido a adoção de medidas adaptativas e de reajustamento às atividades de vida diárias e autocuidado, nomeadamente a aprendizagem de ações de autocuidado à ostomia. Sentimentos de ansiedade e stress relacionados com a mudança na imagem corporal, e a aceitação no seu círculo social podem atrasar o processo de adaptação e autocuidado na pessoa ostomizada (Walker & Lachman, 2013).

Estima-se que existam em Portugal entre 10000 a 12000 ostomizados, atingindo habitualmente a faixa etária dos 60 aos 70 anos (Barata, 2010). As doenças que frequentemente estão na origem da realização de OEI são as neoplasias do cólon e reto, a doença diverticular, as doenças inflamatórias intestinais e os traumatismos abdominais (Burch, 2013; RNAO, 2009; Pontieri-Lewis, 2006).

## 1. Ostomias

### 1.1 Tipos de Ostomias

As OEI têm diferentes denominações, de acordo com a sua localização anatômica.

Estomas	Função	Localização	Denominação
Digestivos	Eliminação	Ileon	Ileostomia
		Cólon ascendente	Cecostomia/Colostomia ascendente
		Cólon transverso	Transversostomia
		Cólon descendente	Colostomia descendente/Sigmoidostomia

Quadro 1 - Denominação das ostomias (Burch, 2012; Pontieri-Lewis, 2006)

O padrão de eliminação e as características das fezes estão relacionados com a localização da ostomia.

Tipo de Ostomia	Localização mais comum	Características do efluente
Ileostomia	Lado direito do abdômen	Efluente líquido a pastoso, é esperado que seja necessário despejar o dispositivo 4 a 6 vezes ao dia. O volume do efluente poderá oscilar entre os 750 e os 1000 ml/dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência. A cor do efluente pode variar em resposta aos alimentos.
Colostomia ascendente	Lado direito do abdômen	Efluente semilíquido a pastoso, é esperado que seja necessário despejar o dispositivo 4 a 6 vezes ao dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência.

Tipo de Ostomia	Localização mais comum	Características do efluente
Transversostomia	Lado esquerdo ou direito do abdômen	Fezes pastosas a semi-sólidas. Pode ser necessário trocar o dispositivo várias vezes ao dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência.
Colostomia descendente	Lado esquerdo do abdômen	Fezes semi-sólidas ou moldadas. Pode ser necessário trocar o dispositivo 1 a 2 vezes ao dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência.

Quadro 2 – Ostomias e características do seu efluente (Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2012)

## 1.2 Características do estoma

No período pós-operatório, o estoma pode apresentar-se edemaciado, deverá ser vermelho, húmido e brilhante, sendo estas as características que um estoma saudável deve apresentar. Um estoma sangra facilmente quando friccionado (por exemplo durante a higiene), devendo este sangramento cessar de uma forma rápida.

A sua forma pode ser redonda ou oval. Pode apresentar-se plano (ao mesmo nível que a pele), retraído (o estoma apresenta-se abaixo do nível da pele), ou com uma proeminência entre 1,5 e os 2,5 cm.

É esperado que o estoma mude de tamanho (diminua), e forma nas primeiras 6 a 8 semanas após a intervenção cirúrgica, pelo que as medidas de recorte nos dispositivos de eliminação deverão ser avaliadas semanalmente e ajustadas.

## 2. Dispositivos e Material Acessório

---

A escolha dos dispositivos de eliminação deve ser feita tendo em consideração a localização do estoma, o seu tamanho e forma, e a sua localização anatômica. Aspectos como a destreza manual, a visão, o nível de atividade física e a preferência da pessoa ostomizada, devem ser tidos em consideração.

Existem no mercado várias opções de dispositivos (peça única ou de 2 peças), e material acessório (protetores cutâneos, função barreira, entre outros).

Os dispositivos de peça única são, como o próprio nome indica, um sistema onde a placa protetora adesiva e o saco estão completamente unidos formando uma peça só. Existem dispositivos com medidas pré-determinadas e com medidas recortáveis, para que possam ser adaptados à forma e tamanho do estoma. Estes podem ser transparentes ou opacos, sendo mais discretos os últimos, pois não permitem a visualização do conteúdo fecal. Estes sistemas são maleáveis, adaptando-se mais facilmente à pele da pessoa ostomizada. Por terem menor volume, passam mais facilmente despercebidos por debaixo da roupa.

Os dispositivos de duas peças são formados por uma placa protetora adesiva que adere à pele, e por um saco coletor com um anel que permite encaixá-lo no anel da placa. Este sistema permite que seja trocado o saco coletor, sem mudar a placa protetora adesiva.

As placas podem ser planas ou convexas. O uso de placas convexas está indicado nos estomas planos ou retraídos, pois a convexidade das placas ao exercer pressão na pele periestomal, vai tornar o estoma mais saliente, ajudando a diminuir as fugas de fezes. Também está indicado o seu uso em abdômens muito moles ou na presença de depressões, ou pregas na pele periestomal. Os sacos adaptáveis às placas protetoras adesivas podem ser opacos ou transparentes, de drenagem (através de clip ou velcro), ou fechados.

Quando este sistema é escolhido, deve ser tido em consideração se a pessoa ostomizada/cuidador familiar consegue adaptar facilmente o sistema de 2 peças.



O material acessório pode ser dividido em várias categorias.

Categoria	Descrição do produto	Indicações	Observações
Pó	- Habitualmente é utilizado pó de Karaya.	- Absorver a humidade proveniente da pele macerada, favorecendo a aderência da placa à pele; - Ajudar a eliminar vestígios de pasta.	- Não deve ser usado em pele sã; - Remover o excesso de produto antes de fixar o dispositivo.
Material de preenchimento	- Pasta - Anéis (recortados ou moldáveis).	- Preencher os contornos da pele em redor do estoma para criar um isolamento confortável e à prova de fugas; - Para adicionar convexidade a uma barreira.	- A maioria das pastas contém álcool.
Protetores cutâneos	- Spray; - Toalhetes.	- Melhorar a aderência dos dispositivos à pele; - Proteger a pele periestomal das fezes.	- Habitualmente não contém álcool.
Gelificador de efluente	- Saquetas	- Solidificar fezes líquidas nos sacos de ostomia, diminuindo o risco de fugas durante o período noturno	- Uso em ileostomias; - Aplicar no saco de ostomia.
Removedor de adesivo	- <i>Spray</i> - Toalhetes	- Remover de forma rápida e indolor os adesivos e seus resíduos.	- Não aplicar em peles maceradas ou com lesões.
Anti odor	- Saquetas	- Neutralizar os odores	- Aplicar nos sacos de ostomia
Cinto	- Cinto	- Aumentar a estabilidade da barreira protetora.	
Cinta de contenção	- Cinta	- Contenção abdominal em situações de hérnias periestomais e prolapsos	

Quadro 3 – Tipos de material acessório (Burch, 2014; RNAO, 2009; Pontieri-Lewis, 2006)

### **3. Cuidados à Ostomia**

---

#### **3.1 Higiene**

Os cuidados de higiene à ostomia devem ser feitos aquando da mudança dos dispositivos de eliminação. A higiene ao estoma e pele periestomal deve ser feita com água morna e sabão com pH neutro, fazendo uso de uma esponja macia/compressa para limpar a pele. Após, a pele deve ser bem seca, se necessário pode ser aplicado um protetor cutâneo ou clara de ovo.

A pessoa ostomizada pode optar por realizar banho de imersão ou não, com ou sem dispositivo. Se optar por tomar o banho com o dispositivo, deverá ser colocado um selante no respirador do saco.

#### **3.2 Mudança de Dispositivos**

A mudança dos dispositivos deve ser feita de acordo com as características dos mesmos e em SOS. Os dispositivos de peça única deverão ser mudados diariamente, ao passo que nos dispositivos de duas peças, as placas deverão ser trocadas a cada 3-4 dias e os sacos diariamente.

Na mudança do dispositivo devem cumprir-se os seguintes passos:

- Reunir o material necessário (dispositivos, tesoura, esponja/compressa, água, sabão, material acessório);
- Realizar higiene das mãos e calçar luvas;
- Remover suavemente o dispositivo (de cima para baixo), segurando a pele abdominal com a outra mão;
- Limpar e secar a pele periestomal e estoma (tendo o cuidado de realizar movimentos suaves no estoma, pois sangra facilmente);
- Medir o estoma e recortar o dispositivo de peça única/placa até ter as dimensões e forma adequadas (idealmente 2 a 3 mm maior que o estoma);
- Se a pele periestomal apresentar uma superfície irregular e/ou com depressão, deve-se aplicar pasta/ anel para nivelar a área onde será colado o dispositivo;
- Remover o papel adesivo e colar o dispositivo na pele (adaptar de baixo para cima);
- Nos dispositivos de peça única, após adaptar o dispositivo, deverá colocar-se a mão sobre o mesmo por um período de mais ou menos 1 minuto para que adira à pele;

- Nos dispositivos de 2 peças, após adaptar a placa deverão ser realizados movimentos circulares com o dedo no interior da mesma por um período de mais ou menos 1 minuto para que fique bem adaptada à pele.
- Remover as luvas e lavar as mãos.

### **3.3 Vestuário**

Relativamente ao vestuário a ser usado pela pessoa ostomizada, em princípio não existirá necessidade de mudança no mesmo. Poderão ser feitas pequenas adaptações, para que os dispositivos passem despercebidos por debaixo da roupa.

Deve ser tido em consideração que não deverá usar vestuário apertado na zona do estoma, devendo evitar que a zona de aperto da roupa se situe na localização do mesmo.

### **3.4 Alimentação**

A comida representa habitualmente uma fonte de preocupação para a pessoa ostomizada/cuidador familiar.

Nas primeiras 6 a 8 semanas, deverá ser tido em consideração que os alimentos devem ser bem mastigados, e que deverão ser feitas várias refeições ao dia (4 a 6), ingerindo uma menor quantidade de alimentos de cada vez.

Após este período inicial, a pessoa colostomizada pode retomar a dieta que fazia antes da realização da OEI. Fazendo uso de bom senso, tudo é permitido. Nestas pessoas existe o risco de obstipação pelo que em caso de necessidade a dieta deve ser alterada, reforçando a ingestão de alimentos que favoreçam a eliminação intestinal. Poderão ser utilizados laxantes orais se as alterações na dieta não forem o suficiente para retomar o padrão de eliminação. Supositórios e enemas não são recomendados.

A pessoa ileostomizada poderá também retomar a dieta que fazia antes da realização da OEI. Deverá no entanto ser tido em consideração que a ingestão de alimentos ricos em fibras poderá não ser bem tolerada por todos. O aporte de líquidos deverá ser reforçado nestas

peessoas, para diminuir o risco de desidratação. O volume de perdas de efluente pela ileostomia deve ser sempre menor que o volume de urina eliminada ao longo do dia.

Deve ser tido em consideração que determinados alimentos podem aumentar a flatulência e o odor das fezes, e que podem ser mais ou menos obstipantes (RNAO, 2009).

Características	Alimentos	Observações
Obstipantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banana</li> <li>- Batata</li> <li>- Massa</li> <li>- Pão</li> <li>- Cenoura</li> <li>- Arroz</li> <li>- Aveia</li> <li>- Queijo</li> <li>- Tapioca</li> </ul>	
Produtores de gás	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leguminosas</li> <li>- Ovos</li> <li>- Couve-flor</li> <li>- Pepino</li> <li>- Bebidas gaseificadas</li> <li>- Couve bruxelas</li> <li>- Brócolos</li> <li>- Cerveja</li> <li>- Melão</li> <li>- Cebola</li> <li>- Couve</li> <li>- Nabo</li> </ul>	
Produtores de cheiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alho</li> <li>- Peixe</li> <li>- Espargos</li> <li>- Ovos</li> <li>- Queijo</li> <li>- Cebolas</li> <li>- Couves</li> <li>- Condimentos</li> </ul>	<p>Alimentos que ajudam a reduzir o cheiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iogurte natural</li> <li>- maçã</li> </ul>

Quadro 4 – Alimentos que influenciam as características dos efluentes (RNAO, 2009)

## 4. Vigilâncias

Nas primeiras 6 semanas após a realização de cirurgia para construção de uma OEI, deverão ser avaliadas as características do estoma e pele periestomal, assim como a capacidade da pessoa/família prestarem cuidados à ostomia (RNAO, 2009).

Estoma	
Tamanho	
Coloração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermelha (adequado fornecimento sanguíneo)</li> <li>- Pálida (hemoglobina baixa)</li> <li>- Vermelho escuro/tonalidade arroxeada (hematomas)</li> <li>- Cinzenta/preta (isquemia)</li> </ul>
Aparência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saudável (brilhante e húmido)</li> <li>- Edemaciado</li> <li>- Com lesões</li> <li>- Com granulomas</li> </ul>
Proeminência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal (entre 1,5-2,5 cm)</li> <li>- Plana (o estoma apresenta-se ao mesmo nível que a pele)</li> <li>- Retraído (o estoma apresenta-se abaixo do nível da pele)</li> <li>- Prolapsado (o estoma tem mais de 5 cm de comprimento)</li> </ul>
Junção Mucocutânea	
Intacta	As suturas à volta do estoma estão intactas
Separada	O estoma apresenta-se separado da pele
Pele Periestomal	
Coloração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saudável (igual à pele adjacente)</li> <li>- Vermelha (eritema)</li> <li>- Tonalidade arroxeada ou amarelada (com lesão)</li> </ul>
Integridade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intacta (sem lesão)</li> <li>- Macerada (pele friável, com humidade)</li> <li>- Erosão (alterações na camada superficial da pele)</li> <li>- Rush</li> <li>- Ulceração (ferida)</li> </ul>
Turgor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal</li> <li>- Flácida</li> <li>- Firme</li> </ul>
Fatores pré existentes	- Eczema, psoríase
Características do efluente	
Fezes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Textura (moldadas, pastosas, líquidas)</li> <li>- Flatulência</li> </ul>
Volume	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal (750-1000ml/24 h)</li> <li>- Alto (&gt; 1500ml/24h)</li> </ul>

(Ileostomias)	- Baixo (< 500ml/24h)
Aceitação e autocuidado à ostomia	
	- Interessado e questiona - Recusa autocuidar a sua ostomia
Tipo de dispositivos e material acessório utilizado	
Dispositivos	- Peça única - Duas peças
Material Acessório	- Cinto - Protetores cutâneos - Material de preenchimento

Quadro 5 – Aspetos a vigiar nas primeiras 6 semanas (RNAO, 2009)

Outro aspecto que deve ser monitorizado é a forma como é feita a absorção de medicação nestas pessoas, devido ao tamanho reduzido do intestino, consequente da intervenção cirúrgica a que foram submetidas. Este aspeto tem uma importância acrescida nas pessoas ileostomizadas, pois a grande maioria da medicação é absorvida no ílion. A presença de resíduos de medicação no efluente da pessoa ostomizada deve ser avaliada, sendo necessário equacionar alterações na medicação para fórmulas de ação/absorção rápida. A pessoa/cuidador familiar devem ser alertados para este aspeto, para que possam vigiar a perda de medicação pelo efluente.

Em caso de **dúvidas** ou **necessidade de encaminhamento**, poderão ser contactadas as **Enfermeiras Estomaterapeutas** do Hospital Garcia de Orta – Serviço de Cirurgia Geral.

## 5. Complicações

---

Ao longo do percurso de vida da pessoa ostomizada poderão surgir complicações associadas ao estoma e pele periestomal.

Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Descolamento mucocutâneo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiente fixação do estoma à pele;</li> <li>- Deficiente mobilização do mesentério, com subsequente tração do estoma;</li> <li>- Características da pessoa (peso, idade, medicação, antecedentes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separação da mucosa intestinal da pele periestomal;</li> <li>- Pode ser parcial ou circunferencial (em toda a circunferência do estoma).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se descolamento parcial: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Observação/vigilância do estoma;</li> <li>. Lavagem da zona com soro fisiológico (SF);</li> <li>. Isolamento da zona (se possível), para que encerre por segunda intenção;</li> <li>. Suporte e ensino à pessoa/cuidador familiar;</li> <li>. Adaptação/mudança para um dispositivo mais adequado – convexo;</li> <li>. Se necessário, encaminhamento para Enfermeira Estomaterapeuta do HGO e/ou médico assistente.</li> </ul> </li> <li>- Se descolamento circunferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Encaminhamento para médico assistente (poderá ser necessário correção cirúrgica).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Edema do estoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frequente no pós-operatório imediato, pela mobilização e manipulação do intestino;</li> <li>- Orifício da parede abdominal ser mais pequeno que o diâmetro do intestino;</li> <li>- Tração excessiva, e pela pressão exercida pelo travessão para manter e fixar o estoma à parede abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estoma adquire um aspeto pálido, translucido e frágil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar compressas com SF frio (não gelado);</li> <li>- Aplicar açúcar ou solução glicosada no estoma;</li> <li>- Aumentar o diâmetro do recorte do dispositivo para evitar ulceração ou compressão do estoma;</li> <li>- Observação/vigilância das características do estoma para despiste de complicações (isquemia);</li> <li>- Suporte e ensino à pessoa/cuidador familiar;</li> <li>- Se necessário, encaminhamento para Enfermeira Estomaterapeuta no HGO e/ou médico assistente.</li> </ul>

Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Necrose/Isquemia do estoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pontos de fixação demasiado tracionados;</li> <li>- Compressão pelo orifício da parede abdominal (processo embólicos, edema, compressão pelo travessão de suporte ou distensão abdominal);</li> <li>- Processo mais frequente no pós-operatório imediato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações na coloração da mucosa (do vermelho escuro, castanho necrótico ou preto);</li> <li>- Estoma apresenta-se flácido ou duro e seco;</li> <li>- A isquemia/necrose podem ser circunferenciais, em uma parte do estoma ou atingir o estoma na sua totalidade;</li> <li>- A isquemia/necrose podem ser distais ou estender-se até à cavidade peritoneal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lesão limitada a uma parte do estoma: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Observação/vigilância das características do estoma (na maior parte das vezes, a regeneração da mucosa processa-se naturalmente);</li> <li>. Suporte e ensino à pessoa/cuidador familiar sobre vigilância das características do estoma e sinais de agravamento;</li> <li>. Se necessário, encaminhamento para Enfermeira Estomaterapeuta do HGO e/ou médico assistente;</li> </ul> </li> <li>- Se lesão extensa: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Observação/vigilância das características do estoma;</li> <li>. Encaminhamento para médico assistente (poderá ser necessária intervenção cirúrgica).</li> </ul> </li> </ul>



Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Hérnia periestomal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfraquecimento da fáscia muscular em redor do estoma;</li> <li>- Aumento da pressão abdominal (devido a tosse, espirros),</li> <li>- Aumento de peso;</li> <li>- Esforços exagerados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saliência ao redor do estoma, que reduz com a pessoa deitada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação para a saúde sobre evicção de esforços e levantar pesos de forma desadequada até às 8 semanas de pós-operatório – <b>Prevenção</b>;</li> <li>- Recomendar o uso de faixa/cinta elástica abdominal;</li> <li>- Recomendar o uso de sistema de peça única (permite maior flexibilidade na adaptação à pele);</li> <li>- Encaminhamento para Enfermeira Estomaterapeuta do HGO e/ou médico assistente (poderá ser necessário correção cirúrgica se provocar dor, distensão ou obstrução).</li> </ul>
<b>Afundamento/Retração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiente fixação do estoma;</li> <li>- Necrose do estoma;</li> <li>- Extração precoce do travessão de suporte;</li> <li>- Aumento de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afundamento: deslize do intestino abaixo do nível da pele;</li> <li>- Retração: defeito côncavo no abdómen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação/vigilância das características do estoma e o seu diâmetro;</li> <li>- Alteração do dispositivo para um convexo;</li> <li>- Nivelar se necessário a pele com pasta;</li> <li>- Recomendar o uso de cinto;</li> <li>- Se necessário, encaminhamento para Enfermeira Estomaterapeuta do HGO e/ou médico assistente (poderá ser necessário correção cirúrgica se o afundamento chegar ao peritoneu).</li> </ul>

Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<p><b>Maceração/Dermatite de contacto</b></p> <p>(Uma das complicações mais frequentes, com maior expressão na pessoa ileostomizada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por irritação (contacto com efluente, material plástico do dispositivo, sudorese, adesivos);</li> <li>- Por reação alérgica (adesivos, material plástico do dispositivo, produtos de limpeza);</li> <li>- Por traumatismo na remoção do dispositivo (remoção do dispositivo de uma forma desadequada).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eritema;</li> <li>- Edema;</li> <li>- Vesiculação;</li> <li>- Erosões;</li> <li>- Fissuras;</li> <li>- Exsudação;</li> <li>- Ardor;</li> <li>- Dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação/vigilância das características da pele periestomal;</li> <li>- Identificação do agente causal;</li> <li>- Rever técnica de limpeza do estoma e pele periestomal com a pessoa/cuidador familiar;</li> <li>- Rever técnica de remoção do dispositivo com a pessoa/cuidador familiar;</li> <li>- Verificar o recorte do dispositivo e ajustar se necessário;</li> <li>- Aplicar protetores cutâneos ou pó, de acordo com as características da lesão;</li> <li>- Encaminhamento para Enfermeira Estomaterapeuta do HGO, se necessário.</li> </ul>

Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Prolapso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da pressão intra-abdominal (tosse, carcinomatose, aumento de peso);</li> <li>- Abertura excessiva da parede abdominal, decorrente da técnica cirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exteriorização excessiva do intestino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação/vigilância das características do estoma para despiste de lesões;</li> <li>- Reduzir o edema, se presente;</li> <li>- Reduzir o prolapso (com a pessoa deitada e durante a inspiração, “empurrar” de forma delicada o intestino para a cavidade abdominal);</li> <li>- Verificar se, e que alterações serão necessárias fazer ao dispositivo utilizado (se este lesionar a mucosa);</li> <li>- Aconselhar o uso de uma cinta abdominal, sem buraco;</li> <li>- Encaminhamento para Enfermeira Estomaterapeuta do HGO e/ou médico assistente, se necessário.</li> </ul>

Quadro 6 – Complicações possíveis na pessoa ostomizada (Coloplast; RNAO, 2009)

## Bibliografia

---

- Altuntas, Y.E, Kement, M., Gezen, C., Eker, H.H., Aydin, H., Sahin, F., Okkabaz, N. & Oncel, M. (2012). The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *European Journal of Cancer Care*. 21. 776-781. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Barata, M. (2010). *Considerações sobre Estomas*. Ostomias Boletim Semestral, 2º semestre, p. 3-5. Associação Portuguesa de Ostomizados. Acedido em 25/03/2014. Disponível em: <http://www.apostomizados.pt/pt/item/9-artigos/307-consideracoes-sobre-estomas-intestinais-dr-martins-barata>
- Black, P. (2011). The role of the carer and patient in stoma care. *Nursing and Residential Care*. 13(9). 432–436.
- Borwell, B., (2009). Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *British Journal of Nursing*. 18 (4). 20-25.
- Burch, J. (2012). Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal of Community Nursing*. 16(8). 366-373.
- Coloplast. *Manual para o Profissional de Saúde – Informações sobre Complicações em Ostomias*. Retaguarda
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*. 6 (8). 14-23
- Grant, M.; McCorkle, R.; Hornbrook, M.C.; Wendel, C.S. & Krouse, R. (2013). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 28, 70-78. DOI: 10.1007/s13187-012-0433-1.
- Kingsley, L.; Smith, J.A.; Bobb, K. & Liles, L.M. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advance Nursing*. 60(6), 627-635. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *Medsurg Nursing*. 15 (4). 199-202. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>

- Ringhofer, J. (2005). Meeting the needs of your ostomy patient. *RN*. 68(8). 37-42. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)
- Sales, C. A. et al (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: Compreensão existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 44 (1),221-227. Acedido a 02/01/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a31v44n1.pdf>
- Walker, C.A. & Lachman, V.D. (2013). Gaps in the Discharge Process For Patients With an Ostomy: An Ethical Perspective. *MEDSURG Nursing*. 22(1). 61-64. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Williams, J. (2008). Caring for the older ostomate. *Nursing & Residential Care*. 10 (2). 64-67. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Williams, J., (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*. 21(13). 786-794. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>



## **APENDICE V – Estudo de Caso**





**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

***Estudo de Caso***

Magda Santos, n.º 5383

Lisboa

Março, 2015

## INTRODUÇÃO

Ao elaborar um estudo de caso é-nos possível aprofundar os conhecimentos teórico-práticos referentes a uma situação real de cuidados de enfermagem, relacionados com uma pessoa, família, grupo ou comunidade (Fortin, 2009).

Para a elaboração deste estudo de caso foi escolhida a Sr.<sup>a</sup> L.M., por ser uma pessoa idosa, internada no serviço de cirurgia geral, tendo sido submetida a uma cirurgia para realização de uma ostomia de eliminação intestinal.

Foi realizada uma avaliação da Sr.<sup>a</sup> L.M. através da observação, exame físico, aplicação de instrumentos de avaliação da pessoa idosa, consulta do processo clínico e entrevista.

Para a realização deste estudo de caso, foi pedida autorização verbal à Sr.<sup>a</sup> L.M. para realizar a colheita de dados, sendo assegurado a confidencialidade e anonimato da informação recolhida.

Iremos abordar a avaliação da pessoa idosa de acordo com o modelo teórico de Dorothea Orem, e posteriormente iremos usar a classificação CIPE/ICNP<sup>®</sup> (International Council of Nurses, 2000), para elaborar os diagnósticos de enfermagem e respetivo plano de cuidados.

A teoria geral de enfermagem de Orem é formada por três teorias base que se relacionam entre si: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem

Na teoria de autocuidado, Orem (2001), define o autocuidado como sendo o desempenho ou a prática de atividades que as pessoas realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento. Orem (2001), define também três categorias de requisitos do autocuidado, que podem ser definidos como sendo as ações desenvolvidas na realização do autocuidado. Estes requisitos podem ser universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde.

A teoria do déficit de autocuidado identifica a necessidade da prestação de cuidados por parte do enfermeiro. Esta necessidade surge quando existem limitações na realização do autocuidado de forma efetiva e continuada. A necessidade de cuidados por parte da enfermagem pode ser antecipada se for previsto uma alteração nas habilidades do autocuidado; quando é necessário que a pessoa adote novas formas de autocuidado ao seu sistema de autocuidado, exigindo conhecimentos e habilidades especializadas; ou quando seja necessário ajuda para a pessoa se recuperar de uma doença ou lesão (Orem, 2001).

A teoria dos sistemas de enfermagem é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para realizar as atividades de autocuidado. Esta teoria refere que existem três classificações de sistemas de enfermagem para preencher os requisitos de autocuidado da pessoa: O sistema totalmente compensatório, o sistema de enfermagem parcialmente compensatório e o sistema de apoio- (Orem, 2001).

## **1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA**

### **Dados Sociodemográficos**

A Sr.<sup>a</sup> M.L. tem 76 anos de idade, nasceu no dia 23 de Maio de 1938. É natural de Almada e reside nessa área desde que nasceu. Começou a trabalhar com 19 anos e está reformada há 16 anos. Refere que sempre trabalhou na função pública, e nos últimos anos de atividade profissional desempenhava funções de secretariado na secção de finanças da Câmara Municipal de Almada. Refere que foi complementando os estudos ao longo dos anos e percurso profissional, tendo completado o 9º ano

Casou-se com 22 anos e esteve casada durante 38 anos. Ficou viúva há sensivelmente 16 anos. Teve dois filhos. A sua filha tem de 46 anos, é casada e tem dois filhos e o filho tem 34 anos e é solteiro.

### **Projeto de Vida e Sentido Dado à Doença**

A Sr.<sup>a</sup> M.L. refere que tem como projeto de vida ajudar os seus filhos e netos no que estes precisarem. Refere que aprecia a calma e o silêncio e que nesta fase da sua vida “um bom livro, e uma boa música são tudo o que preciso...”-Sic.

Tem conhecimento do seu diagnóstico, e refere que apesar de já ter passado por duas grandes cirurgias, não sente os efeitos da doença fisicamente, e que como tal por vezes nem se lembra da mesma. Encara a doença com naturalidade, referindo que “... as doenças fazem parte da vida...”- Sic. No entanto, refere ter receio de não ser capaz de ultrapassar uma nova batalha com a doença. Tem medo dos tratamentos que serão necessários realizar, nomeadamente a radioterapia. Diz que é o que mais receia, e que sente que não será capaz de os repetir novamente caso seja necessário.

Refere contar com o apoio do filho, do irmão e cunhada. Estes têm conhecimento da sua situação clínica e têm sido uma presença habitual no internamento.

## **Ambiente familiar**

### Agregado familiar

A Sr.<sup>a</sup> M.L. vive com o seu neto de 24 anos. Este foi viver consigo aos 16 anos por a sua filha trabalhar por turnos e ter horários difíceis de conciliar com a vida escolar dos dois filhos. Quando o seu neto terminou o 12º ano optou por continuar a viver consigo. Atualmente trabalha num hipermercado, e segundo refere tem horários rotativos, e como tal passa pouco tempo em casa consigo.

### Espaço relacional com a família

A sua filha trabalha como auxiliar num lar e o seu genro é polícia, pelo que têm pouca disponibilidade para a acompanhar e dar apoio sempre que precisa. A sua neta tem 14 anos e refere que é a sua “princesinha”-Sic. Vivem no Seixal. Refere ter uma boa relação com estes, mas que não é tão próxima quanto desejaria. Habitualmente estão juntos uma vez por mês, mas vão mantendo contacto telefónico semanalmente.

O seu filho tem 34 anos, vive e trabalha atualmente em Angola. Refere ser mais próxima do filho, e que o mesmo veio a Portugal para a acompanhar nesta etapa. Refere que o filho é solteiro e que não tem filhos.

Tem um irmão e cunhada que vivem próximo de si, e que lhe dão apoio quando necessário. Costumam combinar encontros semanais, para beber um café e pôr a conversa em dia.

A Sr.<sup>a</sup> M.L. refere ter uma relação mais próxima com o seu filho, irmão e cunhada. Refere que pode contar com o seu apoio em várias áreas e aspetos da sua vida. Refere também que a relação com o neto é boa, mas que este passa muito tempo fora de casa e que nem sempre está disponível para lhe dar apoio quando precisa.

### Rendimento do agregado familiar

A Sr.<sup>a</sup> L.M. refere que o rendimento do agregado é proveniente da sua reforma e da pensão de viuvez, sendo suficiente para as suas despesas e para poupar.

Refere que o ordenado do neto não entra no rendimento do agregado por sua vontade, pois prefere que este tenha um bom “pé de meia”-Sic.

### Relacionamento com a vizinhança

A Sr.<sup>a</sup> L.M. vive na mesma localidade desde que se casou, tendo criado laços de confiança com as suas vizinhas. Refere que estas são um apoio que tem no dia-a-dia, sendo já habito encontrarem-se todos os dias após o almoço no café da sua zona.

Refere que tem alguns amigos chegados, com os quais se costuma encontrar pelo menos uma vez por mês para almoçar ou jantar.

Refere ainda que desde que lhe foi diagnosticado a neoplasia do reto, que o Hospital e a Unidade de Saúde Familiar (USF) tornaram-se locais de apoio, quer da parte médica, quer de enfermagem. Refere que esta situação é mais evidente na Unidade de Saúde Familiar onde criou um laço afetivo e de confiança com a sua médica de família

### Caracterização da sua habitação

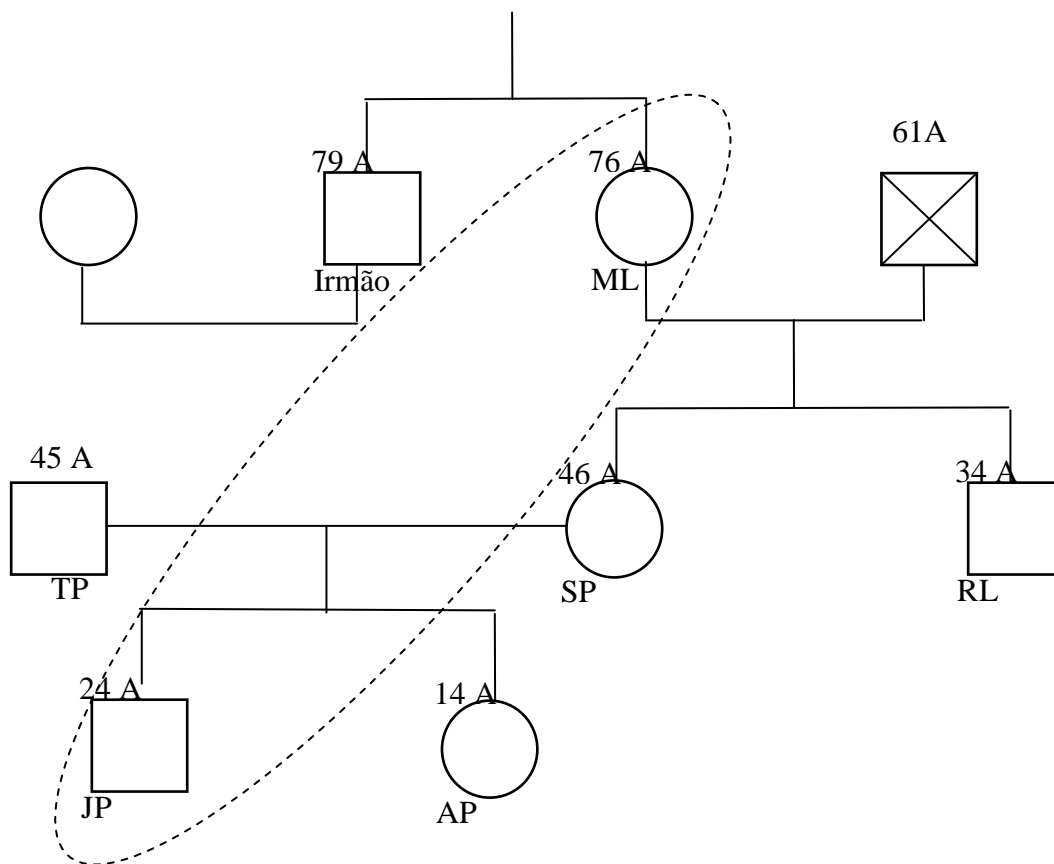
Vive num prédio no rés-do-chão. Refere que a sua casa tem 3 assoalhadas, cozinha e casa de banho. Segundo esta, a sua casa não apresenta barreiras arquitetónicas ou estruturais que possam colocar a sua integridade física em perigo. Tem fácil acesso a todas as divisões e refere que se movimenta sem dificuldade por ter espaços amplos e pouco preenchidos com mobília nas diversas divisões. Tem saneamento básico, eletricidade, água e gás canalizado.

- Genograma e Ecomapa

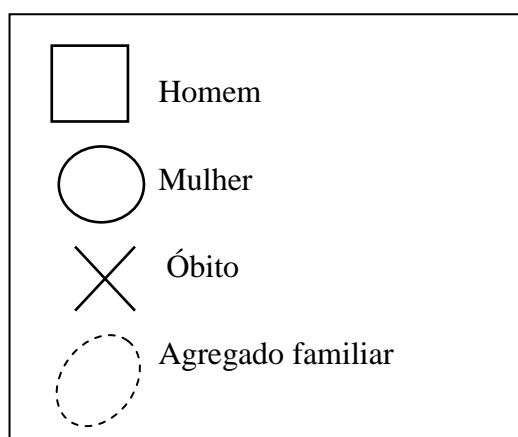
Foi realizada uma avaliação estrutural da família utilizando como recurso o genograma e o ecomapa da família.

Segundo Hanson (2005), o genograma representa de uma forma visual a dinâmica e a estrutura familiar. Permite de uma forma simples compreender a composição dos agregados familiares e as relações que se estabelecem entre si.

Figura 1. Genograma

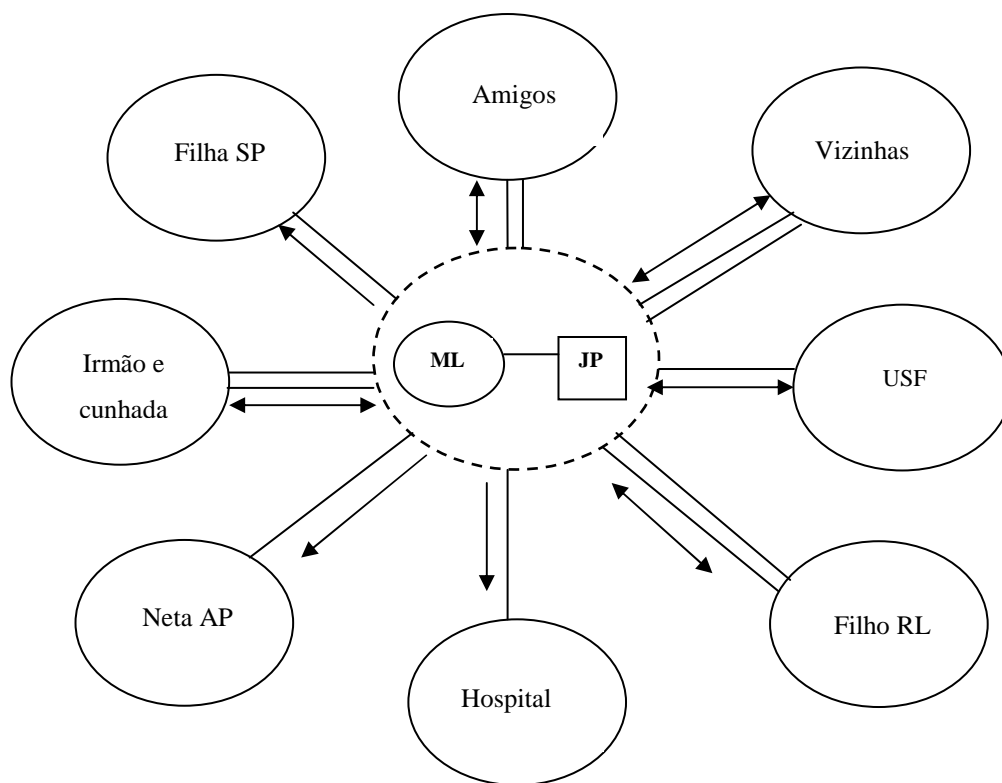


Legenda do Genograma:

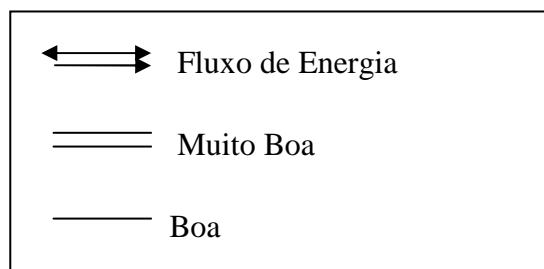


O ecomapa complementa o genograma facilitando a compreensão da composição e dinâmicas familiares, assim como de outros sistemas sociais como o meio ambiente onde a pessoa e a família estão inseridas (Hanson, 2005).

Figura 2. Ecomapa



Legenda Ecomapa:



- APGAR Familiar

Foi avaliado o APGAR familiar à Sr.<sup>a</sup> M.L., tendo o mesmo dado um total de 8 pontos, correspondendo a uma família altamente funcional (Anexo I)

Não houve a possibilidade de aplicar o APGAR familiar ao neto da Sr.<sup>a</sup> L.M., pelo que apenas pudemos avaliar a percepção de um dos membros desta família, relativamente à funcionalidade familiar da mesma (Figueiredo, 2012).



### **Antecedentes Pessoais**

Tem como antecedentes pessoais: dislipidemia; espondilose; neoplasia do reto diagnosticada em 2011, tendo sido submetida a ressecção anterior do reto via laparoscópica em fevereiro de 2012. Fez também nesta altura quimioterapia e radioterapia, que refere ter sido muito difícil de suportar, e que foi pelo apoio dado por alguns amigos, vizinhas, filho e irmão que não abandonou os tratamentos. Refere ter receio de ter que repetir os tratamentos de radioterapia e não ser capaz de voltar a passar por “...tudo...” – sic, novamente.

Pelo aparecimento de metástases hepáticas, foi submetida a hepatectomia parcial em abril de 2013.

### **Medicação Domiciliária**

È atualmente medicada com daflon 500 mg 1 cp ao pequeno-almoço e 1 cp ao jantar, sinvastatina 40 mg 1 cp ao jantar e sedoxil 1 cp ao jantar.

## **2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

A Sr.<sup>a</sup> M.L. Foi internada no dia 13 de janeiro no serviço de cirurgia geral, por recidiva da neoplasia do reto, para ser submetida a ressecção abdomino-perineal nesse dia. Tinha conhecimento da doença, cirurgia proposta e necessidade da realização de uma OEI. Nesse dia, foi submetida a uma cirurgia para realização de sigmoidostomia derivativa em ansa. Não foi realizada a cirurgia proposta inicialmente por se ter constatado que o tumor era irressecável.

Dois dias após a cirurgia no dia 15 de Janeiro, foi realizada a avaliação da Sr.<sup>a</sup> M.L. Nesta altura ainda não tem conhecimento sobre a alteração da cirurgia proposta e o porquê da mesma. Tem recebido a visita do seu filho, que veio de Angola para acompanhá-la neste processo.

### **Terapêutica Prescrita:**

- Paracetamol 1 gr PO de 8/8h;

- Nolotil 575mg PO em SOS.

Parâmetros Vitais:

- Tensão arterial: 111/73 mmHg
- Frequência cardíaca: 89 bpm (pulso cheio e rítmico)
- Temperatura: 36,4°C
- VAS (Escala Visual Analógica): 3 (dor localizada na região perianal, de intensidade moderada, tipo pontada)

Dieta:

Iniciou a ingestão de dieta líquida no dia anterior que tolerou, motivo pelo qual iniciou uma dieta ligeira pobre em gorduras hoje ao pequeno-almoço.

**Avaliação dos Requisitos de Autocuidado Universais**

A Sr.<sup>a</sup> M.L. refere que é independente na satisfação dos autocuidados.

Manutenção da inspiração de ar suficiente

A Sr.<sup>a</sup> M-L. nega alterações a nível respiratório e refere não fumar. Refere não ter tosse ou expetoração no domicílio.

No internamento apresenta-se eupneica, com uma respiração toraco-abdominal, de amplitude normal e simétrica. Apresenta pele e mucosas rosadas e hidratadas.

Manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos

Relativamente à manutenção de uma ingestão suficiente de água e alimentos nega restrições alimentares, quer por intolerância, quer por não gostar dos alimentos. Refere que faz 5 refeições por dia no domicílio (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia) e que ingere pelo menos 1,5 l de água. Faz uma alimentação pobre em gorduras, devido à dislipidémia.

Tem prótese dentária total, mas refere que não interfere com a sua alimentação.

Não apresenta défices no autocuidado relativo ao alimentar-se.

Pesa 63Kg e mede 1,60 m. O seu IMC é de 19,68. Tem um perímetro braquial de 29 cm e um perímetro de perna de 35 cm.

No internamento, já retomou a alimentação, tem ingerido uma dieta ligeira pobre em gorduras que tem tolerado e em quantidades semelhantes às que ingere em casa. Refere que tem mantido também uma ingestão de água semelhante à anterior ao internamento. Foi aplicada o *Mini Nutritional Assessment*, tendo a avaliação do estado nutricional dado um valor de 24 pontos, correspondendo a um estado nutricional normal (Anexo II).

#### Promoção dos cuidados associados com a eliminação

Quanto aos processos de eliminação e excrementos, a Sr.<sup>a</sup> M.L. menciona que urina várias vezes ao dia, urina de características amarela clara, de aspecto límpido e sem cheiro. A eliminação intestinal era irregular, apresentando uma ou várias dejeções líquidas diariamente. É independente no autocuidado.

No internamento refere que tem urinado várias vezes ao dia, urina de características amarela clara e sem cheiro. Apresenta-se autónoma no autocuidado relativo à eliminação urinária.

Com o início do funcionamento da sigmoidostomia (eliminação de fezes líquidas em pequena quantidade), ao segundo dia de pós-operatório, a Sr.<sup>a</sup> M.L., começa a colocar questões relacionadas com o funcionamento da ostomia, material e cuidados a ter com o estoma. Mostra disponibilidade para aprender pelo que se inicia o processo de educação sobre cuidados à OEI e respetivos ajustamentos e adaptações nos autocuidados, dois dias após a cirurgia. Ainda não tinha tido oportunidade de ver o seu estoma, por não ter sido necessário trocar o equipamento da mesma. Mostra-se recetiva, mas refere ter receio de não ser capaz de autocuidar o estoma.

Neste momento apresenta-se dependente na satisfação do autocuidado relacionado com a eliminação intestinal, sendo o enfermeiro o agente de autocuidado.

### Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso

A Sr.<sup>a</sup> M.L. refere que dorme por períodos durante a noite, acordando uma ou mais vezes. Por esse motivo é atualmente medicada com Sedoxil 1 cp à noite. Costuma deitar-se por volta das 23h e levanta-se habitualmente às 07h.

Tem por hábito ler antes de dormir, e considera que os momentos de leitura contribuem para que descanse melhor durante a noite.

Durante o dia refere que nem sempre descansa, por ter que cuidar do neto quando este está em casa, e por causa da “lida da casa” – sic.

No internamento refere que tem conseguido dormir durante a noite, e por curtos períodos durante o dia. Permanece a maior parte do tempo no quarto, deitada na cama ou sentada no cadeirão. Refere vontade de retomar os seus hábitos de leitura à noite antes de dormir.

### Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social

A Sr.<sup>a</sup> M.L. refere que gosta de ler e ouvir música nos seus tempos livres. Refere não gostar muito de ver televisão, mas diz que não perde as telenovelas à noite. Diz ser uma pessoa muito independente, que gosta de estar no sossego do seu lar. Sai todos os dias após o almoço para ir beber café com as vizinhas. Refere não ter muitos amigos, mas que pode contar com o apoio dos mesmos e que pelo menos uma vez por mês encontram-se para almoçar ou jantar.

Refere que foi criada de acordo com os ensinamentos da região católica, mas que não é praticante há muitos anos. Refere acreditar “... numa força espiritual superior...” – Sic.

No internamento a Sr.<sup>a</sup> M.L. mantém-se a maior parte do tempo no quarto, estabelecendo pouco contacto com outras senhoras internadas, por estar sozinha no quarto. Vai lendo por períodos quando está sentada no cadeirão. Refere que ainda não consegue ler deitada devido ao desconforto que sente na sutura abdominal.

Mostra-se comunicativa com os vários elementos da equipa multidisciplinar e com os familiares e amigos que a têm ido visitar.

Apresenta diminuição da acuidade visual, utilizando óculos. Refere diminuição da acuidade auditiva, referindo que lhe custa principalmente ouvir sons mais agudos.

Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem estar humano

A Sr.<sup>a</sup> L.M. está ciente dos cuidados que deve ter na manutenção da sua saúde, referindo que tem cuidado com a sua alimentação, com a toma da medicação prescrita, com a ida às consultas médicas de *follow-up*, com a necessidade de manter a “mente ativa e exercitada” -Sic, e com a necessidade de realizar uma atividade física de forma regular e adaptada à sua idade. No entanto refere que não pratica nenhuma atividade física, pois assume ser “um pouco comodista e preguiçosa” – Sic.

Refere que nunca teve uma queda, mas que está atenta a esta situação, pelo que tem os espaços de sua casa amplos e com pouca mobília e tapetes no chão.

Refere ser uma pessoa que tem muito cuidado com a sua imagem corporal. Gosta de se “vestir bem” e de andar bem “penteada” – sic. Refere tomar banho diariamente. Tem uma autoestima forte.

No internamento já se apresenta autónoma no autocuidado relativo à sua higiene pessoal. Como não pode tomar duche devido à presença da sutura operatória e consequente penso operatório, faz uma higiene parcial. Apresenta um aspeto cuidado, e o cabelo sempre muito bem penteado, como esta refere ser a sua preferência.

Apesar de ser o segundo dia de pós-operatória, a Sr.<sup>a</sup> M.L. já se apresenta independente na mobilização e transferência, referindo apenas alguma dor na sutura quando se mobiliza, o que condiciona os seus movimentos. Apresenta conhecimentos relativos à forma correta de se mobilizar e de fazer a transferência da cama para o chão, sem realizar esforços na região abdominal. Faz uso do duplo degrau na transferência da cama para o chão e vice-versa.

Não tem dispositivos como um acesso venoso periférico e sistemas de soro que possam condicionar os seus movimentos.

Foi avaliada a Escala de Morse, tendo o seu resultado dado sem risco de queda (15 pontos) (Anexo III).

Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro de grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações do homem e o desejo de ser normal

Ao segundo dia de internamento a Sr.<sup>a</sup> L.M. é o agente de autocuidados em praticamente todos os autocuidados universais, mantendo assim o seu funcionamento humano e o desejo de ser normal, dentro da possível normalidade que um internamento e a realização de uma intervenção cirúrgica permitem.

A presença da OEI poderá representar um entrave ao seu desejo de ser normal, ao provocar uma alteração na sua imagem corporal e ao ser uma pessoa que valoriza muito a sua imagem, esta situação poderá ser difícil de gerir por si. Ao segundo dia de internamento, tem contacto com o seu estoma pela primeira vez. Este apresenta-se rosado e edemaciado. A primeira reação da Sr.<sup>a</sup> M.L. é de curiosidade, pedindo para observar o estoma com o espelho. Mostra-se interessada e questiona como irá fazer os autocuidados, demonstrando disponibilidade para a aprendizagem e uma aparente aceitação do seu estoma.

### **Avaliação dos Requisitos de Desenvolvimento**

A Sr.<sup>a</sup> M.L., refere que passou por três grandes mudanças na sua vida nos últimos 16 anos que foram a sua reforma, a perda do seu marido e a neoplasia do reto. Refere que tem conseguido superar estas perdas com a ajuda da família, amigos e vizinhas.

Considera que teve uma vida feliz, um casamento e vida familiar felizes. Mostra-se resignada à sua situação de viuvez, referindo que se encontra tranquila face a esse acontecimento e aceitando os percalços que a vida traz.

A presença de uma OEI poderá representar uma nova fase de desenvolvimento pessoal para a Sr.<sup>a</sup> M.L. à qual terá que passar por um processo de adaptação, fazendo os devidos reajustamentos nos seus autocuidados, hábitos e estilos de vida.

## **Avaliação de Requisitos de Desvios de Saúde**

Apesar da neoplasia do reto e consequentes intervenções cirúrgica, a Sr.<sup>a</sup> M.L. não considera que estes tenham desempenhado um papel limitativo no seu dia-a-dia e na realização dos autocuidados. Refere que teve períodos de maior necessidade de medidas de suporte e apoio, nomeadamente durante os tratamentos de radioterapia, altura em que se sentiu mais dependente dos outros.

No internamento apresenta-se independente na maior parte dos autocuidados, sendo o agente de autocuidados. Necessita de apoio e suporte na realização de cuidados pós-cirúrgicos.

De acordo com o modelo teórico de Orem (2001), podemos identificar ao segundo dia de pós-operatório na Sr.<sup>a</sup> M.L..necessidades de autocuidado relacionadas com os três requisitos de autocuidado definidos pela autora

Nos **requisitos de autocuidado universais** identificamos a necessidade de intervenção do enfermeiro ao nível da provisão de cuidados associados com os processos de eliminação, associado à alteração na forma de eliminação intestinal. Podemos antever também a necessidade de intervenção do enfermeiro na manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, pois associando os potenciais efeitos da presença de uma ostomia e o prognóstico da sua doença, este poderá ser um fator desencadeante de uma situação de isolamento, pelo que optámos por aplicar a Escala de Avaliação Sócio Familiar de Gijon para conhecermos a situação atual, tendo o resultado dado uma avaliação normal ou de baixo risco social (Anexo IV).

Podemos também antever alterações associadas à promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal, pela presença de uma ostomia. Por este motivo foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, sem data), tendo a Sr.<sup>a</sup> M.L. obtido um score de 9, que corresponde a uma depressão ligeira (Anexo V).

Relativamente aos **requisitos de autocuidado de desenvolvimento**, a presença de uma OEI vai originar algumas adaptações nos hábitos de vida da Sr.<sup>a</sup> M.L., pelo que esta tem

de adquirir conhecimentos e capacidades para que possa realizar de outra forma algumas ações de autocuidado, nomeadamente na higiene e vestuário.

Nesta fase pós cirúrgica a Sr.<sup>a</sup> M.L. necessita também de cuidados específicos de enfermagem que mantenham a estrutura e o funcionamento humano, relacionados com os **requisitos de autocuidado de desvios de saúde**, pois está numa fase de recuperação de uma cirurgia. Necessita de cuidados a nível da ferida cirúrgica abdominal, controle da dor e administração de terapêutica prescrita.

### **Avaliação Multidimensional**

Foi realizada uma avaliação multidimensional da Sr.<sup>o</sup> M.L., fazendo uso de instrumentos de avaliação da pessoa idosa, que considerámos pertinentes utilizar. Assim foram aplicados os seguintes instrumentos:

- **Índice de Barthel**: este instrumento permite avaliar o grau de dependência em cada atividade de vida diária, permitindo mais especificamente identificar o tipo de dependência (Sequeira, 2010).

A Sr.<sup>a</sup> M.L. obteve um resultado de 100 pontos, independente (Anexo VI).

- **Escala de Lawton e Brody**: este instrumento permite avaliar o grau de dependência da pessoa idosa em grupos de atividades de vida diária (Sequeira, 2010).

A Sr.<sup>a</sup> M.L. obteve um resultado de 7 pontos, revelando uma dependência ligeira (Anexo VII).

- **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage** (versão curta): esta escala permite fazer o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais habitualmente afetados na depressão da pessoa idosa (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, sem data).

A Sr.<sup>a</sup> M.L. obteve um resultado de 6 pontos, o que corresponde a uma depressão ligeira (Anexo V).



- **Escala de Avaliação Sócio Familiar de Gijon:** é um instrumento estruturado de avaliação social da pessoa idosa. Permite a deteção de situações de risco ou problemas sociais ( Mourão, 2008).

A Sr.<sup>a</sup> M.L obteve um resultado de 5 pontos, sendo uma avaliação normal ou de baixo risco social (Anexo IV).

- ***Mini Nutritional Assessment:*** este instrumento permite detetar a presença ou risco de malnutrição na pessoa idosa, sem recorrer a parâmetros analíticos (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, sem data).

A Sr.<sup>a</sup> M.L obteve um resultado de 24 pontos, correspondendo a um estado nutricional normal (Anexo II).

- **Escala de Braden:** este instrumento avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. É uma escala que foi adotada pelo Hospital, sendo aplicada a todas as pessoas que são internadas, no dia de internamente, e após de 3/3 dias, ou sempre que ocorra uma alteração na situação clínica da pessoa que o justifique.

A Sr.<sup>a</sup> M.L obteve um resultado de 22 pontos, apresentando um baixo risco de desenvolver úlceras de pressão (Anexo VIII)

- **Escala de Morse:** esta escala permite avaliar o risco de queda. Este instrumento também foi adotado pelo Hospital, sendo aplicada a todas as pessoas que são internadas, no dia de internamente, e após de 3/3 dias, ou sempre que ocorra uma alteração na situação clínica da pessoa que o justifique.

A Sr.<sup>a</sup> M.L. obteve um resultado de 15 pontos, correspondendo a sem risco de queda (Anexo III)

### **3. PLANO DE CUIDADOS**

Para a realização dos planos de cuidados adotamos a classificação CIPE/ICNP<sup>®</sup>, pelo que ressalvamos que na implementação das intervenções explicitadas deve ser sempre tido em consideração as especificidades, valores e crenças da Sr.<sup>a</sup> M.L.. Por exemplo na realização das sessões de educação deve ser tido em consideração que estas devem ser de curta duração e repetitivas, fazer uso de material de leitura adaptado às suas necessidades visuais, respeitar os seus tempos de aprendizagem e adaptação no autocuidado, entre outras.

Os diagnósticos foram elaborados com base na avaliação realizada no dia 15 de Janeiro.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Dor presente em grau moderado na região perianal, relacionada com neoplasia do reto, manifestado por verbalização da Sr.<sup>a</sup> M.L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigiar a dor e suas características;</li> <li>▪ Monitorizar a dor através de VAS;</li> <li>▪ Assistir a Sr.<sup>a</sup> M.L. na identificação de estratégias de alívio da dor;</li> <li>▪ Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor;</li> <li>▪ Ensinar sobre auto – vigilância: dor;</li> <li>▪ Executar técnica de distração, sempre que necessário;</li> <li>▪ Executar técnica de relaxamento, sempre que necessário;</li> <li>▪ Administração de medicação analgésica prescrita;</li> <li>▪ Facilitar o envolvimento da sua família.</li> </ul>	<p><u>15/01</u></p> <p>- A Sr.<sup>a</sup> M.L. refere dor em grau moderado, tipo pontada, referindo um VAS de 3</p> <p>- Realizados ensinamentos sobre técnica de relaxamento e auto-vigilância da dor, após o que a Sr.<sup>a</sup> M.L. referiu ter posto em prática a técnica de relaxamento ensinada, e que ajudou a diminuir a intensidade da dor</p> <p>- Foi administrado nolutil 1 cp PO que tem prescrito em SOS, após o que referiu ausência de dor</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Ferida Cirúrgica presente na região abdominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigiar penso da ferida cirúrgica;</li> <li>▪ Executar tratamento à ferida cirúrgica (limpeza com soro fisiológico) de 2/2 dias;</li> <li>▪ Vigiar ferida cirúrgica;</li> <li>▪ Assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa, através da realização de carta de enfermagem de alta;</li> <li>▪ Ensinar sobre cuidados e cicatrização da ferida;</li> </ul>	<p><u>15/01</u> Realizado tratamento à ferida cirúrgica, esta apresenta-se em vias de cicatrização, sem presença de sinais inflamatórios</p> <p><u>17/01</u> A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre cuidados e processo de cicatrização da ferida</p> <p><u>18/01</u> Realizada carta de alta para o enfermeiro de família</p> <p>A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre sinais de infeção e evicção de esforços</p>
<p>Ferida Cirúrgica: Conhecimento sobre complicações da ferida cirúrgica não demonstrado, manifestado por desconhecimento da Sr.<sup>a</sup> M.L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica (sinais de infeção);</li> <li>▪ Ensinar sobre evicção de esforços;</li> </ul>	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Auto Controlo: Continência Intestinal Ineficaz, relacionado com a execução e conhecimento sobre o equipamento ostomias não demonstrado, manifestado por desconhecimento da Sr.<sup>a</sup> M.L</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre equipamento ostomia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de equipamento,</li> <li>- Como retirar o equipamento,</li> <li>- Como aplicar o equipamento,</li> <li>- Quando trocar o equipamento,</li> <li>- Cuidados a ter com a manutenção do equipamento,</li> </ul> </li> <li>▪ Instruir a utilização do equipamento ostomia;</li> <li>▪ Treinar a utilização do equipamento ostomia;</li> <li>▪ Elogiar a aprendizagem de habilidades;</li> <li>▪ Incentivar o auto controlo continência intestinal;</li> <li>▪ Providenciar material de leitura sobre ostomias;</li> <li>▪ Assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa, através da realização de carta de enfermagem de</li> </ul>	<p><u>15/01</u> Foram entregues folhetos</p> <p><u>17/01</u> A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre o equipamento de ostomia; A Sr.<sup>a</sup> M.L. consegue trocar o equipamento de ostomia de forma autónoma, necessitando apenas de supervisão</p> <p><u>18/01</u> - Realizada carta de alta, onde se fez referência à educação para a saúde realizada, conhecimentos adquiridos pela Sr.<sup>a</sup> M.L. e necessidade de apoio e supervisão nos autocuidados</p>

	alta e encaminhamento para a consulta de estomaterapia;	- Marcada consulta de Estomaterapia para dia 24/01 (1 semana após a alta)
--	---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Gestão do Regime Terapêutico Ineficaz, relacionado com conhecimento sobre hábitos de exercício não demonstrado, manifestado por desconhecimento da Sr.<sup>a</sup> M.L.;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre hábitos de exercício e a OEI;</li> <li>▪ Ensinar sobre prevenção de complicações associadas ao exercício e a OEI;</li> <li>▪ Assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa, através da realização de carta de enfermagem de alta;</li> </ul>	<p><u>18/01</u></p> <p>-A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre hábitos de exercício e prevenção de complicações</p> <p>- Realizada carta de alta, onde se fez referência à educação para a saúde realizada, conhecimentos adquiridos pela Sr.<sup>a</sup> M.L. e necessidade de apoio e supervisão nos autocuidados</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Gestão do Regime Terapêutico Ineficaz, relacionado com conhecimento sobre hábitos alimentares não demonstrado, manifestado por desconhecimento da Sr.<sup>a</sup> M.L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre hábitos alimentares;</li> <li>▪ Providenciar encontro com a dietista;</li> <li>▪ Providenciar material de leitura sobre a alimentação da pessoa com OEI – colostomia;</li> <li>▪ Assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa, através da realização de carta de enfermagem de alta;</li> </ul>	<p><u>15/01</u> Foram entregues folhetos à Sr.<sup>a</sup> M.L.</p> <p><u>18/01</u> - A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre cuidados alimentares a seguir - Realizada carta de alta, onde se fez referência à educação para a saúde realizada, conhecimentos adquiridos pela Sr.<sup>a</sup> M.L. e necessidade de apoio e supervisão nos autocuidados</p>



Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Auto Cuidado: Higiene Ineficaz, relacionado com a execução e conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene não demonstrado, manifestado por desconhecimento da Sr.<sup>a</sup> M.L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene na presença de OEI;</li> <li>▪ Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene na presença de OEI;</li> <li>▪ Incentivar o auto cuidado: higiene;</li> </ul>	<p><u>17/01</u></p> <p>A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre a forma de realizar os cuidados de higiene</p>
<p>Auto Cuidado: Vestuário ineficaz, relacionado com a execução e conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário não demonstrado, manifestado por desconhecimento da Sr.<sup>a</sup> M.L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário na presença de OEI;</li> <li>▪ Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário na presença de OEI</li> </ul>	<p><u>17/01</u></p> <p>A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre as adaptações a realizar no seu vestuário</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
Risco de Imagem Corporal alterada, relacionada com OEI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</li> <li>▪ Encorajar o envolvimento da família;</li> <li>▪ Promover adaptação à alteração da imagem corporal;</li> <li>▪ Promover suporte familiar;</li> <li>▪ Orientar a Sr.º M.L. para grupos de suporte, nomeadamente a Associação Portuguesa de Ostomizados;</li> </ul>	<u>17/01</u> - A Sr.ª M.L. expressa sentimentos e inquietações sentidas (receio de que os outros se apercebam da sua ostomia e do cheiro) - Tem conhecimento da Associação Portuguesa de Ostomizados; e contactos
Risco de isolamento social comprometido, relacionado com OEI e pouco suporte familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar o bem-estar físico, psicológico e estado social</li> <li>▪ Apoiar estados psicológicos;</li> <li>▪ Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</li> <li>▪ Encorajar o envolvimento da família;</li> <li>▪ Promover adaptação à alteração da imagem corporal;</li> <li>▪ Promover suporte familiar;</li> <li>▪ Orientar a Sr.º M.L. para grupos de suporte, nomeadamente a Associação Portuguesa de Ostomizados;</li> </ul>	<u>15/01</u> Aplicada a <b>Escala de Avaliação Sócio Familiar de Gijon</b> (resultado 5 pontos), e a <b>Escala de Depressão de Ysefage</b> (6 pontos). Dado conhecimento à equipa médica <u>17/01</u> A Sr.ª M.L. demonstra vontade

		de regressar aos seus hábitos de vida e manter contactos sociais prévios ao internamento
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Risco de Maceração da pele periestomal, relacionado com conhecimento sobre prevenção da maceração não demonstrado, manifestado por desconhecimento da Sr.<sup>a</sup> M.L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar sobre prevenção da maceração e sinais de maceração;</li> <li>▪ Instruir sobre prevenção da maceração;</li> <li>▪ Treinar o uso de equipamento de prevenção da maceração;</li> <li>▪ Optimizar dispositivos de ostomia de eliminação;</li> <li>▪ Trocar saco de ostomia;</li> <li>▪ Limpar a pele periférica ao estoma;</li> <li>▪ Vigiar a pele periférica ao estoma.</li> </ul>	<p><u>18/01</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sr.<sup>a</sup> M.L. demonstra conhecimentos sobre prevenção de maceração da pele periestomal e ;</li> <li>- A Sr.<sup>a</sup> M.L. consegue identificar sinais de maceração na pele periestomal.</li> <li>- Apresenta pele periférica ao estoma sem sinais de maceração, com uma tonalidade clara e integra</li> </ul>

O internamento da Sr.º M.L. teve a duração de 5 dias, tendo tido alta no dia 18 de Janeiro.

Numa fase inicial pós-cirurgia, a intervenção de enfermagem junto da Sr.ª M.L passou por substituí-la nos autocuidados e no autocuidado ao estoma (quer por incapacidade física pós cirúrgica, quer pela necessidade de adquirir conhecimentos nesta nova área do autocuidado), sendo o enfermeiro o agente de autocuidado. Depois foi necessário guiar e orientar a Sr.ª M.L no processo de aprendizagem das adaptações a realizar nos autocuidados e autocuidado ao estoma, tendo sido proporcionado apoio físico e psicológico durante todas as fases do processo pós cirúrgico. Foi também proporcionado e mantido um ambiente de apoio ao seu desenvolvimento pessoal e realizada educação para a saúde à Sr.ª M..

Ao longo do internamento a Sr.ª M.L foi demonstrando o desenvolvimento de habilidades e competências nos autocuidados e autocuidado ao estoma, apresentando-se autónoma no autocuidado higiene, vestuário e alimentação e tendo os conhecimentos para fazer os devidos reajustamentos e adaptações nos mesmo no dia 17 de Janeiro (4 dias após a intervenção cirúrgica). Consegue ser o agente de autocuidados ao seu estoma e pele peristomal no dia da alta e tem os conhecimentos necessários para identificar sinais de complicações, no entanto ainda necessita de supervisão e apoio nesta área, pelo que foi referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Integrados – Equipa de Cuidados Continuados Integrados, para ter um maior acompanhamento no domicílio. A Sr.º M.L. referiu que preferia que não se realizasse educação para a saúde sobre a ostomia e cuidados ao estoma à sua família por querer ser apenas ela a realizar o autocuidado ao mesmo. Assim, aquando da marcação da consulta de Estomaterapia foi tido em consideração este aspeto, tendo a consulta sido marcada para a semana seguinte, de forma a proporcionar um maior acompanhamento à Sr.ª M.L.

Foi elaborada carta de transferência para o enfermeiro da sua Unidade de Saúde Familiar, com toda a informação relativa ao internamento, educação para a saúde realizada, necessidade de continuidade de cuidados, nível de dependência nos autocuidados e dia de marcação da consulta de estomaterapia. Foi também encaminhada para a consulta de enfermagem de estomaterapia.

Durante o internamento, após a aplicação da Escala de Depressão de Ysefage, foi dado conhecimento à equipa médica o resultado da mesma, tendo sido pedida uma avaliação

pela Psicologia, tendo após sido encaminhada para a Consulta de Psicologia e Psiquiatria do Hospital.

## Bibliografia

Figueiredo, M. H. J. S. (2012) *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar* : uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures : Lusociência

Fortin, M-F (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

“Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*”. Consultada a 15/06/2015. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência

International Council of Nurses. (2000). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP, Versão Beta*. (A. Madeira, L. Abecassis, & T. Leal, Trads.) IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde & APE - Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Mourão, L.M. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social*. Tese de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed.. St. Louis : Mosby.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel





**ANEXOS**



## **ANEXO I – APGAR Familiar**



### APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa		<b>X</b>	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema		<b>X</b>	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida	<b>X</b>		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor	<b>X</b>		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		<b>X</b>	
TOTAL:	<b>8 PONTOS</b>		

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7-10 pontos: Família altamente funcional

4-6 pontos: Família com moderada disfunção

0-3 pontos: Família com disfunção acentuada

## **Bibliografia**

Figueiredo, M. H. J. S. (2012) *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência

## ***ANEXO II – Mini Nutritional Assessment***





# Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Apelido: **L** Nome: **M**  
Sexo: **F** Idade: **76** Peso, kg: **63** Altura, cm: **160** Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

## Triagem

**A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?**

- 0 = diminuição grave da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão

**2**

**B. Perda de peso nos últimos 3 meses**

- 0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso

**2**

**C. Mobilidade**

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa  
2 = normal

**2**

**D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?**

- 0 = sim 2 = não

**2**

**E. Problemas neuropsicológicos**

- 0 = demência ou depressão graves  
1 = demência ligeira  
2 = sem problemas psicológicos

**2**

**F. Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m]<sup>2</sup>)**

- 0 = IMC < 18  
1 = 19 - IMC < 21  
2 = 21 - IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

**1**

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos):

**10**

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

## Avaliação global

**G. O doente vive na sua própria casa (não em Instituição geriátrica ou hospital)**

- 1 = sim 0 = não

**1**

**H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?**

- 0 = sim 1 = não

**1**

**I. Lesões de pele ou escaras?**

- 0 = sim 1 = não

**1**

**J. Quantas refeições faz por dia?**

- 0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições

**2**

**K. O doente consome:**

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?
- carne, peixe ou aves todos os dias?

sim ☒ não ☐

sim ☒ não ☐

sim ☒ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

**1, 0**

**L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?**

- 0 = não 1 = sim

**1**

**M. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?**

- 0.0 = menos de três copos  
0.5 = três a cinco copos  
1.0 = mais de cinco copos

**1, 0**

**N. Modo de se alimentar**

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade  
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

**2**

**O. O doente acredita ter algum problema nutricional?**

- 0 = acredita estar desnutrido  
1 = não sabe dizer  
2 = acredita não ter um problema nutricional

**2**

**P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?**

- 0.0 = pior  
0.5 = não sabe  
1.0 = igual  
2.0 = melhor

**0, 5**

**Q. Perímetro braquial (PB) em cm**

- 0.0 = PB < 21  
0.5 = 21 - PB < 22  
1.0 = PB ≥ 22

**1, 0**

**R. Perímetro da perna (PP) em cm**

- 0 = PP < 31  
1 = PP ≥ 31

**1**

Avaliação global (máximo 16 pontos)

**10, 1, 0**

Pontuação da triagem

**1, 0, 0**

Pontuação total (máximo 30 pontos)

**21, 1, 0**

## Avaliação do Estado Nutricional

- de 24 a 30 pontos: ☒ estado nutricional normal  
de 17 a 23.5 pontos: ☐ sob risco de desnutrição  
menos de 17 pontos: ☐ desnutrido

## References

1. Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2008; 10:458-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## **Bibliografia**

“Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*”. Consultada a 15/06/2014. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

### **ANEXO III – Escala de Morse**



Escala de Morse	
<b>1. História de Quedas</b>	<b>Não (0) X</b> <b>Sim (25)</b>
<b>2. Diagnóstico Secundário</b>	<b>Não (0)</b> <b>Sim (15) X</b>
<b>3. Ajuda para caminhar:</b> - Nenhuma/cadeira de rodas/ acamado - Bengala/Andarilho/Canadiana - Apoia-se no mobiliário para andar	(0) X (15) (30)
<b>4. Terapia endovenosa</b>	<b>Não (0) X</b> <b>Sim (20)</b>
<b>5. Postura no andar e transferência:</b> - Normal/Acamado/Cadeira de rodas - Debilitado - Dependente de ajuda	(0) X (10) (20)
<b>6. Estado mental:</b> - Consciente das suas capacidades - Esquece-se das suas limitações	(0) X (15)
<b>Total</b>	<b>15</b>

Sem risco 0-24 pontos

Baixo risco 25-50 pontos

Alto risco  $\geq$  51 pontos

### Bibliografia

Costa-Dias, M.J.; Martins, T. & Araújo, F. (2014). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*. IV. (1). 65-74.



#### **ANEXO IV – Escala de Avaliação Sócio Familiar de Gijon**





Situação Familiar		
Vive com família sem dependência física/ psíquica	1	X
Vive com cônjuge de idade semelhante	2	
Vive com cônjuge/família e apresenta algum grau de dependência	3	
Vive só e tem filhos que vivem perto	4	
Vive só e não possui filhos ou estes vivem longe	5	
Situação Económica		
Mais de 1,5 vezes o Salário Mínimo Nacional	1	X
Desde 1,5 vezes o Salário Mínimo Nacional até ao Salário Mínimo Nacional	2	
Desde o Salário Mínimo Nacional até à Pensão Mínima Contributiva	3	
Pensão não Contributiva	4	
Sem rendimento ou inferior à Pensão não Contributiva	5	
Situação Habitacional		
Habitação adequada às necessidades	1	X
Habitação com barreiras arquitetónicas (degraus no interior, portas estreitas, wc desadequado, sem elevador)	2	
Habitação deficitária ( wc completo, se água quente, sem condições de higiene)	3	
Habitação sem elevador e telefone	4	
Habitação inadequada (barraca, casa em ruína, ausência de equipamento mínimo: água, luz, gás)	5	
Relações Sociais		
Utente mantém relações sociais	1	X
Utente mantém relações sociais só com a família e vizinhos	2	
Utente mantém relações sociais só com a família e só com vizinhos	3	
Utente não sai do domicílio, mas recebe a família	4	
Utente não sai do domicílio e não recebe visitas	5	

Rede Social de Suporte	
Utente com apoio familiar e de vizinhos	1 X
Utente com apoio domiciliário ou voluntariado social	2
Utente sem apoio	3
Utente aguarda integração em residência geriátrica ou lar	4
Utente em cuidados permanentes	5

Pontuação	
<10	Normal ou baixo risco social
10 a 16	Risco social intermédio
>17	Risco social elevado (Problema Social)

## Bibliografia

Mourão, L.M. (2008). *Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social*. Tese de Mestrado em Gerontologia. Universidade de Aveiro

## **ANEXO V - Escala de Depressão de Yesefage**



## Escala de Depressão de Yesefage

Item		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0 X	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0 X
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0 X
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0 X
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0 X	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1 X	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0 X	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1 X	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1 X	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0 X
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1 X
12	Sente-se inútil?	1	0 X
13	Sente-se cheio de energia?	0	1 X
14	Sente-se sem esperança?	1	0 X
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1 X	0

### **Pontuação**

	<b>Pontos</b>
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

### **Bibliografia**

“Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*”. Consultada a 15/06/2015. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

## **ANEXO VI – Índice de Barthel**





<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input checked="" type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input checked="" type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	
<b>100</b>	

## Bibliografia

Norma n.º 054/2011 de 27 de Dezembro (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção-Geral da Saúde. Consultada a 20/01/2015. Disponível em: [http:// www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/)



## **ANEXO VII – Escala de Lawton e Brody**



### 1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☒ Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☐ É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☐ É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ Não é capaz de usar o telefone

### 2- FAZER COMPRAS

- ☐ Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☒ Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ É totalmente incapaz de comprar

### 3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☒ Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☐ Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

### 4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☒ Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ Não participa em nenhuma tarefa doméstica

### 5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☒ Lava sozinho toda a sua roupa
- ☐ Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☐ A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

### 6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☒ Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☐ É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☐ Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ Não viaja

### 7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☒ É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ Não é capaz de administrar a sua medicação

### 8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☒ Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☐ Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ Incapaz de manusear o dinheiro

## Bibliografia

“Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*”. Consultada a 15/06/2014. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)



## **ANEXO VIII – Escala de Braden**





ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO					
Nome do doente: <u>ML</u>		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: <u>13/1/15</u>	
Serviço: <u>Cirurgia Geral</u>		Cama: _____		Idade: <u>36</u>	
				1	2
				3	4
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	4
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	4
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	4
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	3
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		3
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total	
				-	-
				2	2

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1983;  
Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato, Cristina Miguel, Pedro Feneix, João Gomes, Kátia Furtado  
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

## Bibliografia

Orientação n.º 17/2011 de 19 de Maio (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde. Consultada a 20/01/2015.  
Disponível em: <http://www.dgs.pt/>



## **APÊNDICE VI – Apresentação do Projeto à Equipe de Enfermagem**



## A PESSOA IDOSA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E SUA FAMÍLIA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO REGRESSO A CASA

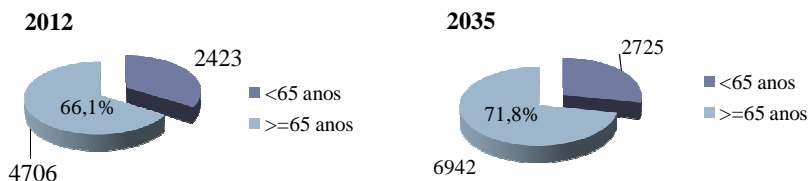
Magda Santos

Almada,  
Novembro, 2014

A PESSOA IDOSA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E SUA FAMÍLIA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO REGRESSO A CASA

### Problemática

#### Taxa de Incidência do Tumor Colorretal em Portugal



(OMS-Globocan, 2012)

- Cirurgia com recurso à realização de ostomia é uma forma frequente de tratamento. (Barata, 2010)

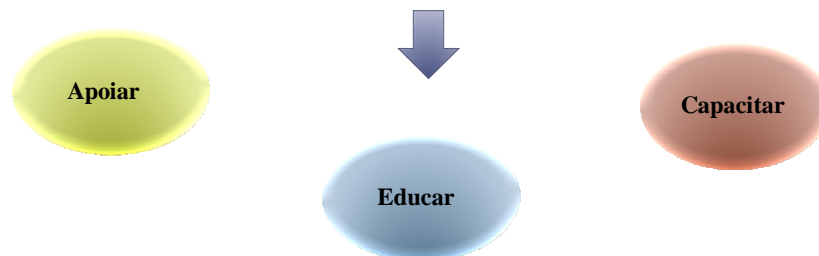


**AUMENTO DO NÚMERO DE PESSOAS IDOSAS OSTOMIZADAS**

(Black, 2009; Ringhofer, 2005)

## Problemática

### Diminuição dos dias de internamento

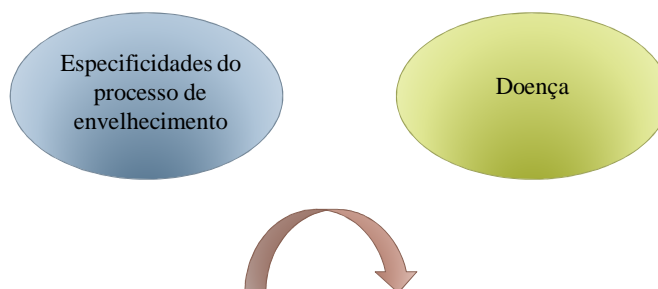


### O MAIS PRECOCEMENTE POSSÍVEL

(Black, 2011; Bohnekamp, Lopez & Blackett, 2004)

3

## Justificação do Projeto



Podem dificultar o processo de autocuidado à ostomia, sendo por vezes necessário a ajuda da família

(Pearson, 2010; Black, 2009)

4

## Justificação do Projeto

### A pessoa idosa submetida a OEI:

- Ajuda para recuperar de uma lesão ou doença ➡ **Intervenção Cirúrgica**
- Adoção de novas formas de autocuidado ➡ **Cuidados à ostomia, autocuidados universais**
- Necessidade de conhecimentos e habilidades especializadas ➡ **Cuidados à ostomia, dispositivos**

(Orem, 2001)

5

## Justificação do Projeto

### Regresso a Casa

A preparação do regresso a casa engloba a preocupação com a saúde, bem-estar e segurança da pessoa idosa e família, sendo necessária a mobilização de recursos que capacite o cliente para os cuidados além da alta.

(Rebelo, 2012)

6

## Áreas de Intervenção

### Intervenção de Enfermagem

- Estabelecimento de uma **relação terapêutica** (escuta ativa, confiança, respeito, empatia);
- **Avaliação** da pessoa idosa e sua família (história física, psicossocial, cultural, espiritual religiosa);
- Solicitar avaliação e intervenção dos elementos da **equipa multidisciplinar** quando necessário;
- Elaborar um **plano de cuidados individualizado** à pessoa idosa e família;

(Lowther, 2012; Borwell, 2009; RNAO, 2009; Fulham, 2008; Burch, 2005)

### Objetivos do regresso a casa:

- Capacitar a pessoa idosa e família para o regresso a casa;
- Gestão eficaz do cuidado à ostomia;
- Facilitar a reintegração da pessoa idosa na comunidade;
- Capacitar a pessoa idosa e família a manter a reabilitação física, psicológica e social no pós alta.

(trad do autor, Allison, 1995 citada por Borwell, 2009)



## Diagnóstico de Situação

### Serviço de Cirurgia Geral, ano 2013:



**Intervalo idades:** 15-91 anos    **Média de idades:** 69 anos

Em 85 pessoas operadas, 65 tinham 65 anos ou mais ➡ **76,4%**

(Dados Consulta Estomaterapia, H.G.O.)

## Diagnóstico da Situação

- A intervenção de enfermagem no Serviço de Cirurgia Geral é dirigida à pessoa com ostomia, não existindo uma individualização da mesma;
- Necessidade mencionada por elementos da equipa de enfermagem, de estruturar e uniformizar a intervenção de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa submetido a ostomia de eliminação intestinal e sua família;
- Preparação do regresso a casa feito tardiamente;

### Objetivo Geral:

**Contribuir para a sistematização da intervenção de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia de eliminação intestinal e sua família**

### Com a colaboração da equipa de enfermagem, criar:

- **Guião** de intervenções de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa e família;
- **Checklist** de regresso a casa da pessoa ostomizada;
- Estruturar **carta de alta** de encaminhamento para a comunidade.

## • Bibliografia

- Barata, M. (2010). Considerações sobre Estomas. *Ostomias Boletim Semestral*, 2º semestre, p. 3-5. Associação Portuguesa de Ostomizados. Acedido em 25/03/2014. Disponível em: <http://www.apostomizados.pt/pt/item/9-artigos/307-consideracoes-sobre-estomas-intestinais-dr-martins-barata>
- Black, P. (2009). Teaching stoma patients to self-care. *Nursing & Residential Care*.11 (11), 546-549. Acedido em 20/03/2014. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=833df758-4ef8-4ba0-b4df-f11100adf133%40sessionmgr4003&hid=4101>
- Black, P. (2011). The role of the carer and patient in stoma care. *Nursing & Residential Care*.13 (9), 546-549. Acedido em 20/03/2014. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=833df758-4ef8-4ba0-b4df-f11100adf133%40sessionmgr4003&hid=4101>
- Borwell, B. (2009). Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *British Journal of Community Nursing*. 14 (8), 546-549. Acedido em 20/03/2014. Disponível em:
- Gomes, I. D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso "O erro de Narciso"*. Universidade Aberta. Lisboa
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Teses de doutoramento) Disponível no RCAAP.

## • Bibliografia

- Orem, D. E. (2001) - *Nursing : concepts of practice*. (6<sup>th</sup> ed.), St. Louis: Mosby
- Pearson, T. (2010). Older people should be given practical support to effectively manage their stomas. *Nursing Times*. Acedido a 30/03/2014. Disponível em: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/gastroenterology/older-people-should-be-given-practical-support-to-effectively-manage-their-stomas/5012888.article>
- Reading, L.A. (2005). Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *British Journal of Community Nursing*. 14 (16), 16-20. Acedido em 20/03/2014. Disponível em:
- Sales, C. A. et al (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: Compreensão existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 44 (1),221-227
- Slater, R.C. (2010). Managing quality of life in the older person with a stoma. *British Journal of Community Nursing*. 15(10), 480-484. Acedido em 20/03/2014. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=833df758-4ef8-4ba0-b4df-f11100adf133%40sessionmgr4003&hid=4101>
- Williams, P. (2008). Caring for the older ostomate. *Nursing & Residential Care*.10 (2), 64-67. Acedido em 20/03/2014. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=833df758-4ef8-4ba0-b4df-f11100adf133%40sessionmgr4003&hid=4101>
- [http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection\\_pop=159620&Text-p=Portugal&selection\\_cancer=5060&Text-c=Colorectum&pYear=3&type=0&window=1&submit=%C2%A0Execute%C2%A0](http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=159620&Text-p=Portugal&selection_cancer=5060&Text-c=Colorectum&pYear=3&type=0&window=1&submit=%C2%A0Execute%C2%A0), Acedido em 27/01/2014



Obrigado

## **APÊNDICE VII – Questionário**



Caro(a) colega

No âmbito do 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, Unidade Curricular Estágio com Relatório, pretendo desenvolver o projeto “Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Ostomia de Eliminação Intestinal e sua Família”.

Este questionário tem por objetivo identificar necessidades de formação dos profissionais de enfermagem no âmbito dos cuidados prestados à pessoa idosa que vai ser submetida a cirurgia para a realização de uma ostomia de eliminação intestinal, e/ou pessoa idosa com ostomia de eliminação intestinal e sua família.

As suas respostas serão apenas utilizadas para fins de realização do projeto, sendo absolutamente garantida a sua confidencialidade e anonimato.

O questionário contém 10 perguntas de escolha múltipla. Leia com atenção cada uma das questões e as opções de resposta disponíveis, devendo escolher **uma única opção de resposta**. No final, verifique por favor, se respondeu a todas as perguntas.

A sua colaboração é de máxima importância para o prosseguimento do projeto, pelo que desde já lhe agradeço a sua disponibilidade.

Atenciosamente,

Magda Santos

## **Questionário a Aplicar aos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

**Tempo de exercício profissional:**

☐ Até 3 anos    ☐ De 4 a 9 anos    ☐ De 10 a 14 anos    ☐ Mais de 15 anos

**Habilitações:**

☐ Licenciatura    ☐ Mestrado/Especialização    ☐ Outro \_\_\_\_\_

**1) O processo de envelhecimento origina alterações físicas, cognitivas e psicológicas na pessoa idosa, que podem interferir no autocuidado ao estoma, quais?**

- a) Diminuição da acuidade visual, alterações corporais: rugas, pregas e flacidez da pele, diminuição da memória a curto prazo;
- b) Diminuição da velocidade na execução de tarefas, aumento do tecido gordo, perda de equilíbrio;
- c) Assimilação de informação mais lenta, diminuição na mobilidade das articulações, pelos finos e raros;
- d) Não sei.

**2) A preparação para o regresso a casa deve iniciar-se?**

- a) O mais precocemente possível;
- b) Na Consulta de Enfermagem Pré-operatória;
- c) No pós-operatório;
- d) Alíneas a e c.



**3) A intervenção de enfermagem na Consulta de Enfermagem Pré-operatória deve incluir?**

- a) Validação de conhecimentos junto da pessoa idosa e família, sobre a intervenção cirúrgica proposta;
- b) Educação para a saúde sobre alterações nas atividades de vida da pessoa relacionadas com a ostomia;
- c) Dar a conhecer dispositivos de eliminação;
- d) Todas as anteriores.

**4) Na Consulta de Enfermagem Pré-operatória a educação para a saúde deve incidir sobre?**

- a) Alterações nas atividades de vida diária da pessoa, o que é um estoma- sua localização e aparência, dispositivos de eliminação;
- b) Alterações nas atividades de vida diária da pessoa, o que é um estoma- sua localização e aparência, cuidados de higiene à pele periestomal e estoma, dispositivos de eliminação;
- c) Viagens ;
- d) Alíneas a e c.

**5) A Consulta de Enfermagem Pré-operatória é importante na preparação do regresso a casa, porquê?**

- a) Permite que a pessoa idosa e família sejam parceiros nos cuidados, permite inclui-los no processo de tomada de decisão, e fomenta a autonomia no cuidado à ostomia;
- b) Permite informar a pessoa idosa e sua família acerca do número de dias de internamento esperados;
- c) Permite avaliar conhecimentos sobre a intervenção cirúrgica;
- d) Todas as anteriores.

**6) No período pós-operatório quais devem ser intervenções de enfermagem?**

- a) Elaborar um plano de cuidados individualizado, e um plano de educação para a saúde adaptado às especificidades da pessoa idosa e sua família;
- b) Identificar precocemente complicações no estoma e pele periestomal;
- c) Solicitar a avaliação e intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar, sempre que necessário;
- d) Todas as anteriores.

**7) A educação para a saúde realizada no período pós-operatório deve focar-se em que aspetos?**

- a) Cuidados de higiene à pele periestomal e estoma, medição do estoma e optimização do dispositivo, complicações, alimentação e legislação;
- b) Cuidados de higiene à pele periestomal e estoma, medição do estoma e otimização do dispositivo, adaptação do dispositivo, complicações, legislação e sexualidade;
- c) Alterações nas atividades de vida diária da pessoa, cuidados de higiene à pele periestomal e estoma, medição do estoma e otimização do dispositivo, adaptação do dispositivo, complicações e legislação;
- d) Alterações nas atividades de vida diária da pessoa, abordando o tema da sexualidade se solicitado, cuidados de higiene à pele periestomal e estoma, medição do estoma e otimização do dispositivo, adaptação do dispositivo, complicações e legislação;

**8) No dia de alta, a pessoa idosa e família devem sair do serviço com?**

- a) Marcação de Consulta de Enfermagem de estomaterapia, e encaminhamento para o enfermeiro de família/enfermeiro de cuidados de saúde primários;
- b) Carta de alta de enfermagem;
- c) Carta de alta médica e receitas para aquisição de material;
- d) Todas as anteriores.

**9) A informação contida na carta de alta de enfermagem para o enfermeiro de família/enfermeiro de cuidados de saúde primários, deve contemplar que aspetos?**

- a) Plano de cuidados individualizado e atualizado, com avaliação das intervenções de enfermagem realizadas e necessidade de continuidade de cuidados;
- b) Autonomia/dependência da pessoa idosa no cuidar da ostomia;
- c) Características da ostomia, estoma e pele periestomal;
- d) Todas as anteriores.

**10) No regresso a casa a pessoa idosa ostomizada e família deverão ter conhecimentos que lhes permitam?**

- a) Prestar cuidados à ostomia, estoma e pele periestomal de uma forma autónoma;
- b) Deixar o ambiente hospitalar e regressar ao seu estilo de vida habitual, com o mínimo de capacidades para cuidar a ostomia;
- c) Alterar totalmente os seus hábitos e atividades de vida diária;
- d) Alíneas a e c.

Obrigado!



## **APÊNDICE VIII – Análise dos Questionários**



## **Resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço de Cirurgia Geral, sobre a Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Ostomizada e sua Família**

Os questionários a aplicar aos enfermeiros do serviço de Cirurgia Geral, foram disponibilizados no serviço no dia 25/11/2014, tendo sido recolhidos a 2/12/2014, pelo que os enfermeiros tiveram o período de uma semana para responder aos mesmos.

Estes foram respondidos por 27 enfermeiros, o que correspondeu a 67,5% dos enfermeiros do serviço. Apesar do número não ser muito elevado, consideramos que este foi positivo, pois nesse período, dos 13 enfermeiros que não responderam, 5 estavam ausentes por doença, licença de maternidade e licença parental, e 4 estiveram de licença de férias.

Apenas um dos enfermeiros respondeu de forma correta em todas as questões, tendo como habilitações literárias Licenciatura em Enfermagem.

Em seguida iremos apresentar os resultados obtidos nos questionários e fazer a respetiva análise.

### **1. Dados sociodemográficos**

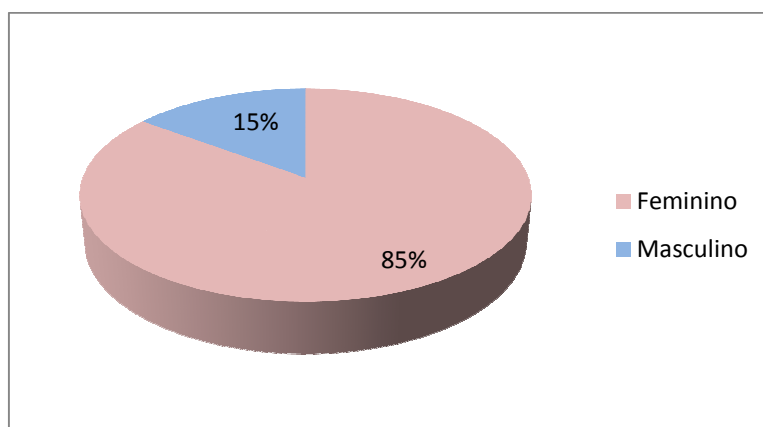


Gráfico nº 1 – Distribuição por Sexo

Após análise dos dados sociodemográficos, concluímos que a **média de idades** dos enfermeiros que responderam ao questionário foi de **38,5 anos** e a

**moda 33.** Destes, 85% dos enfermeiros são do sexo feminino e 15% do sexo masculino.

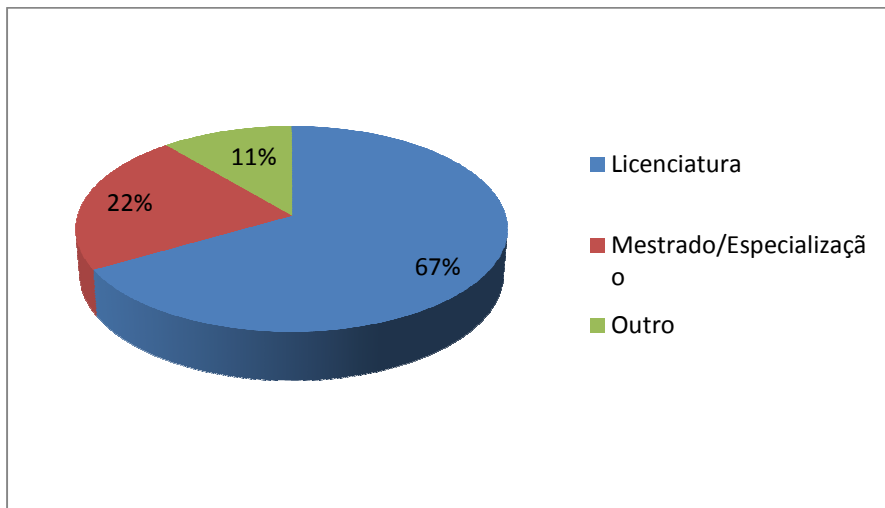


Gráfico nº 2 – Distribuição por Habilitações Literárias

Relativamente às **Habilitações Literárias** dos enfermeiros, constatámos que 67% têm licenciatura, 22% têm mestrado/especialização, e os restantes 11% têm outra formação, sendo que destes, 7,5% referiram ter uma pós-graduação e o 3,5% não especificou qual a formação.

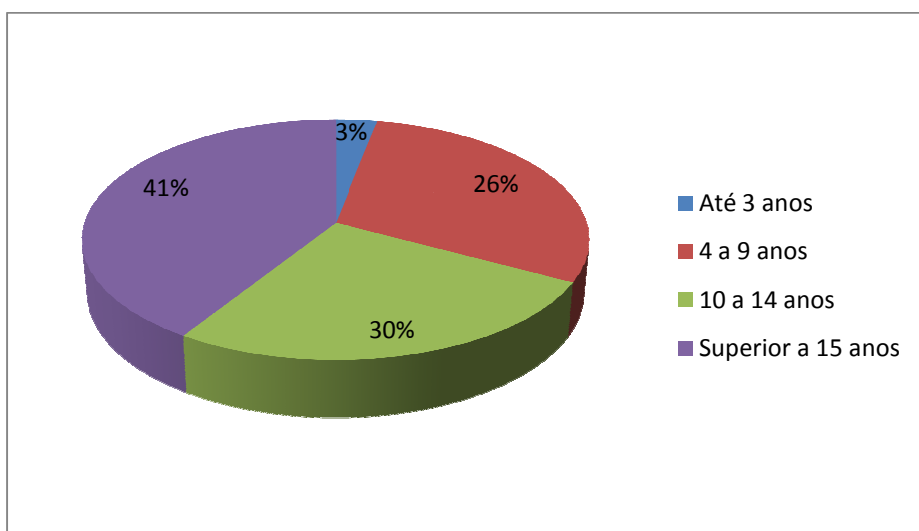


Gráfico nº 3 – Distribuição por Experiência Profissional



Em relação ao **tempo de experiência profissional**, 26% dos enfermeiros têm mais de 15 anos, 30% têm entre 10 a 14 anos, 26% têm entre 4 a 9 anos e 3% tem até 3 anos. O que nos evidencia que se trata de uma equipa experiente, pois 71% da equipa tem 10 ou mais anos de experiência profissional.

## 2. Análise das respostas ao questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de Cirurgia Geral

Seguidamente iremos apresentar e analisar os resultados das 10 questões que foram respondidas pelos enfermeiros do serviço. Após esta análise, apresentaremos um gráfico com todas as questões, para que se consiga observar as questões que tiveram a maior e menor percentagem de respostas certas.

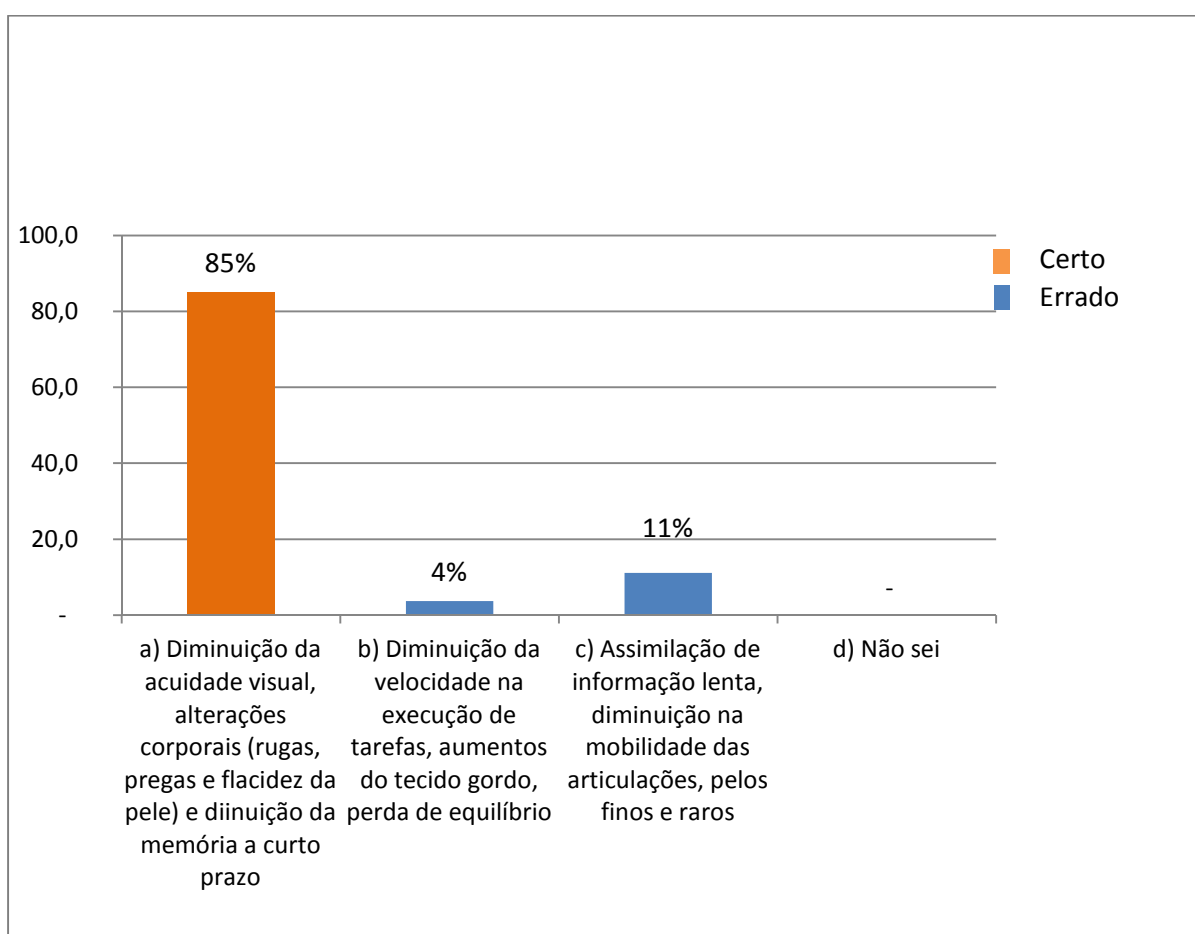


Gráfico nº 4 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 1: **O processo de envelhecimento origina alterações físicas, cognitivas e psicológicas na pessoa idosa que podem interferir no autocuidado ao estoma, quais?**

Na primeira questão, 85% dos enfermeiros respondeu de forma correta. Este resultado indica-nos, que a maioria dos enfermeiros identifica alterações inerentes

ao processo de envelhecimento que podem condicionar a realização do autocuidado pela pessoa idosa, ao seu estoma.

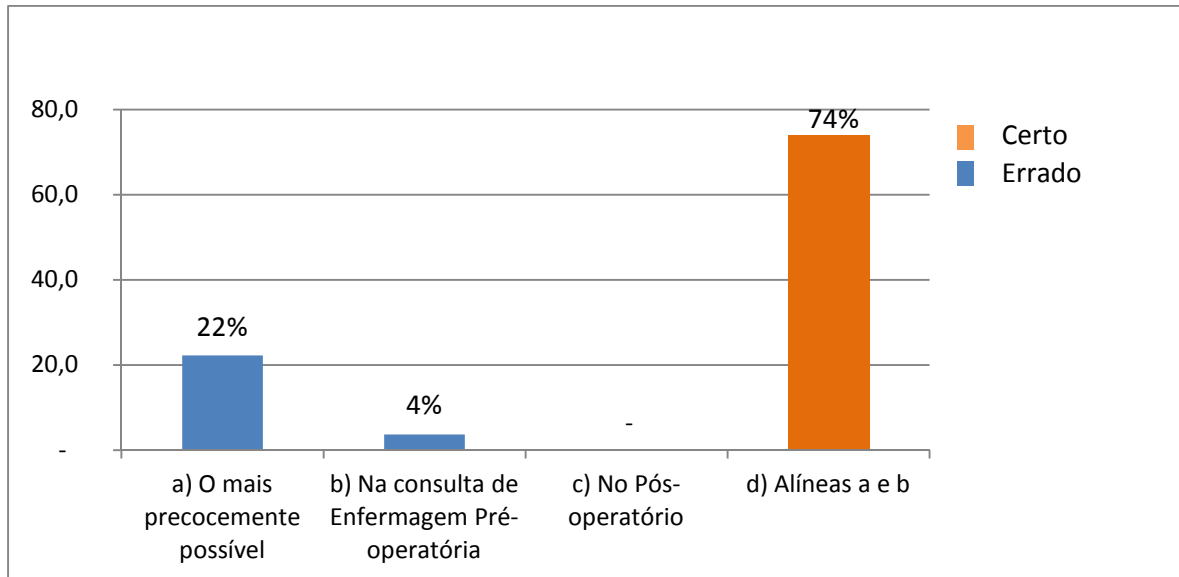


Gráfico nº 5 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 2: A **preparação para o regresso a casa deve iniciar-se?**

Na segunda questão, 74% dos enfermeiros responderam corretamente. Analisando de uma forma global todas as respostas dadas, constatamos que todos os enfermeiros têm presente que o início da preparação para o regresso a casa se deve iniciar antes do período pós-operatório, o que nos demonstra que todos têm presente que esta se deve iniciar precocemente.

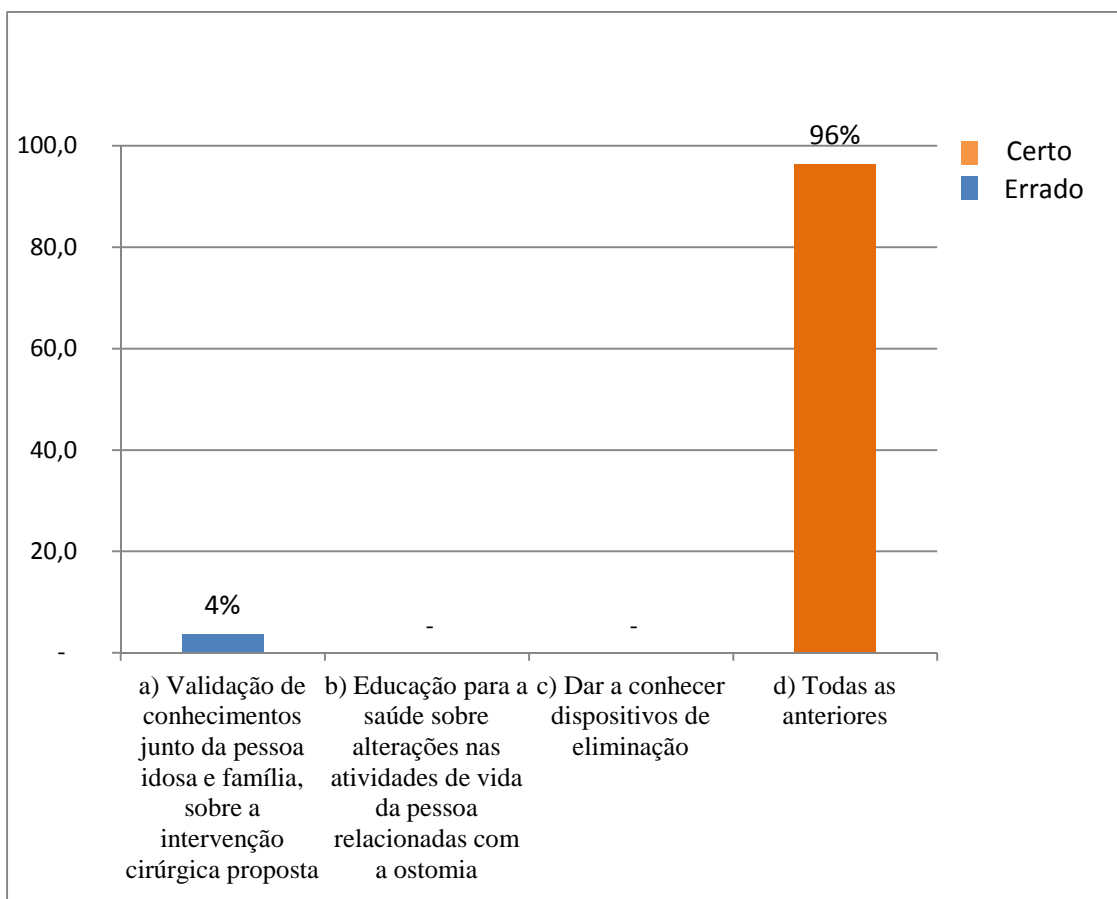


Gráfico nº 6 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 3: **A intervenção de enfermagem na Consulta de Enfermagem Pré-operatória deve incluir?**

Na terceira questão, obtivemos um total de 96% de respostas corretas, tendo apenas 1 enfermeiro referido que a intervenção de enfermagem na Consulta de Enfermagem pré-operatória deveria incluir apenas a validação de conhecimentos junto da pessoa idosa e família sobre a intervenção cirúrgica proposta.

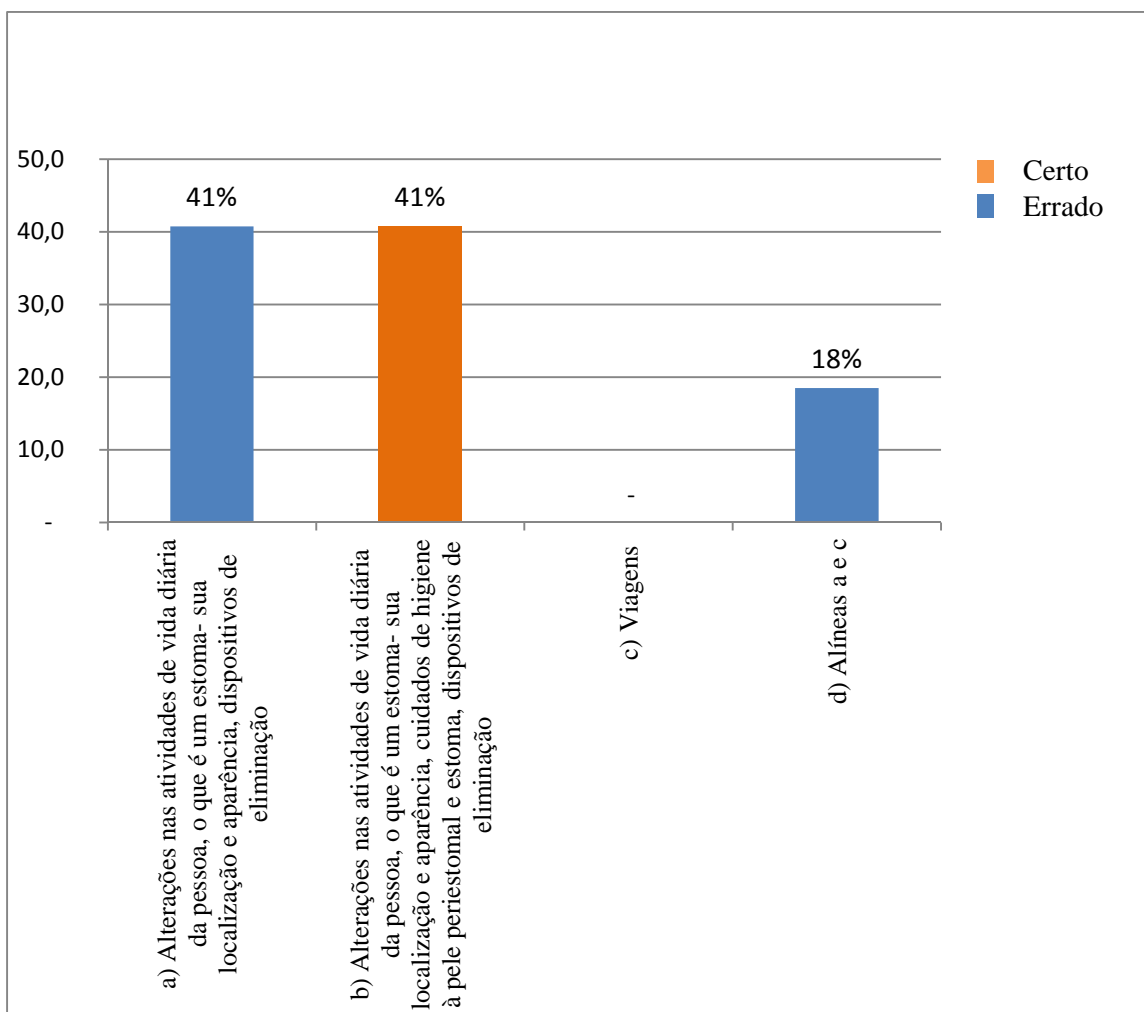


Gráfico nº 7 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 4: **Na Consulta de Enfermagem Pré-operatória a educação para a saúde deve incidir sobre?**

Na questão nº 4, ficou patente que os enfermeiros têm algumas dúvidas relativamente à informação a dar à pessoa idosa e sua família na Consulta de Enfermagem pré-operatória, com apenas 41% dos enfermeiros a responderem corretamente. Assim, este é um ponto a merecer atenção junto da equipa de enfermagem, sendo um aspeto a trabalhar com a mesma.

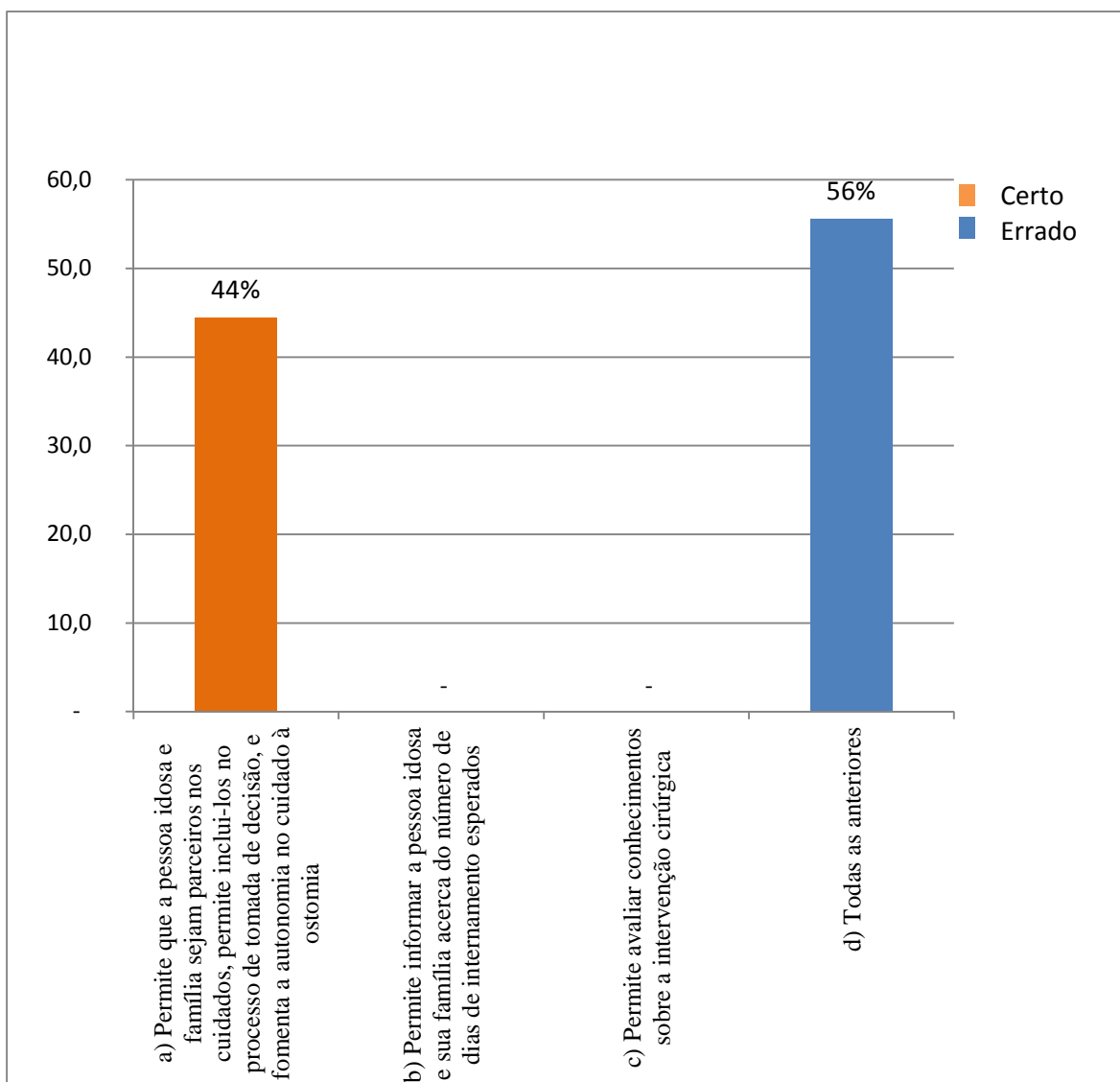


Gráfico nº 8 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 5: **A Consulta de Enfermagem Pré-operatória é importante na preparação do regresso a casa, porquê?**

Na quinta questão, 56% dos enfermeiros respondeu incorretamente, tendo 44% dos enfermeiros respondido corretamente. Analisando estes dados, podemos concluir que a maioria dos enfermeiros considera que é importante avaliar os conhecimentos da pessoa idosa e sua família acerca da intervenção cirúrgica, e que esta contribui para a preparação do regresso a casa. De uma forma global, todos os enfermeiros que responderam a esta pergunta têm presente que a Consulta de Enfermagem pré-operatória contribui para a preparação para o regresso a casa, pois permite que a pessoa idosa e família sejam parceiros nos cuidados,

permite inclui-los no processo de tomada de decisão, e fomenta a autonomia no cuidado à ostomia.

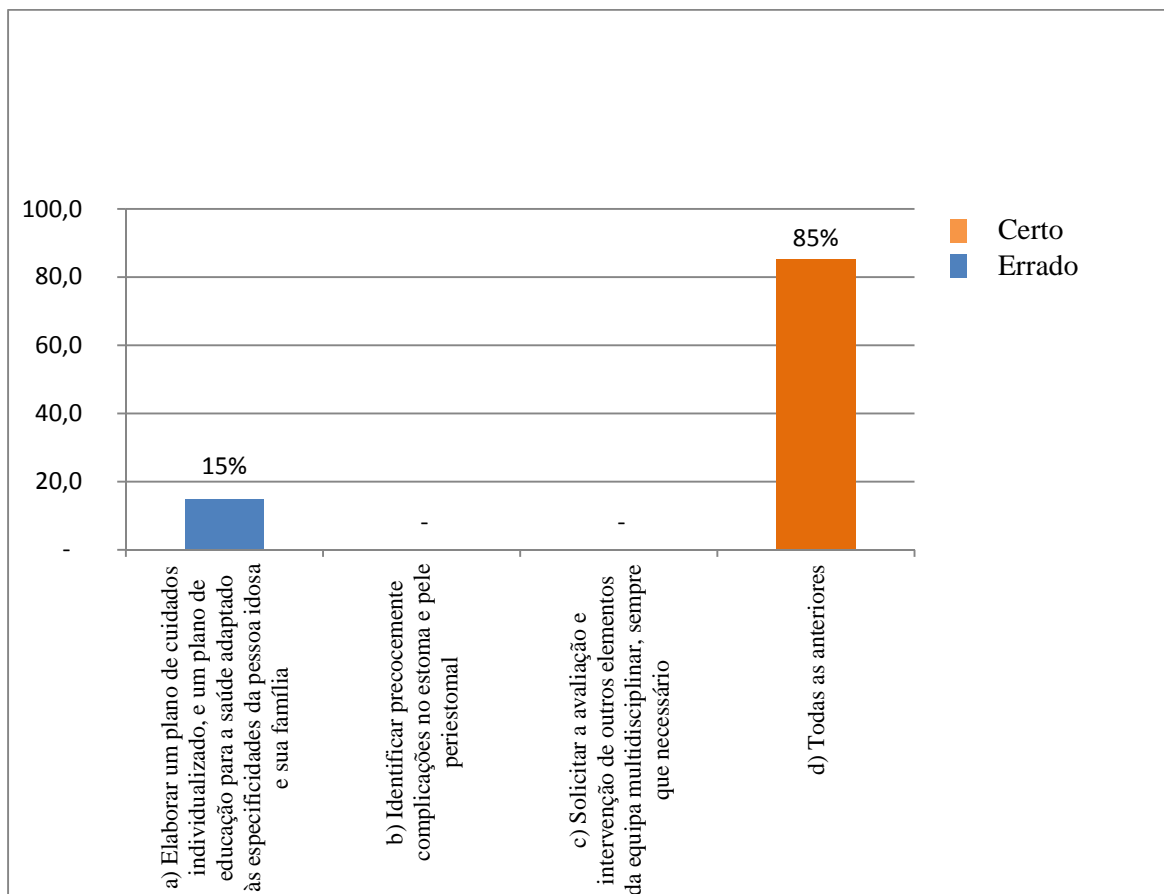


Gráfico nº 9 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 6: **No período pós-operatório quais devem ser intervenções de enfermagem?**

Na sexta questão, 85% dos enfermeiros respondeu corretamente. Este valor mostra-nos que a grande maioria dos enfermeiros do serviço de cirurgia geral têm presente quais as intervenções de enfermagem a desenvolver no período pós-operatório junto destes doentes.

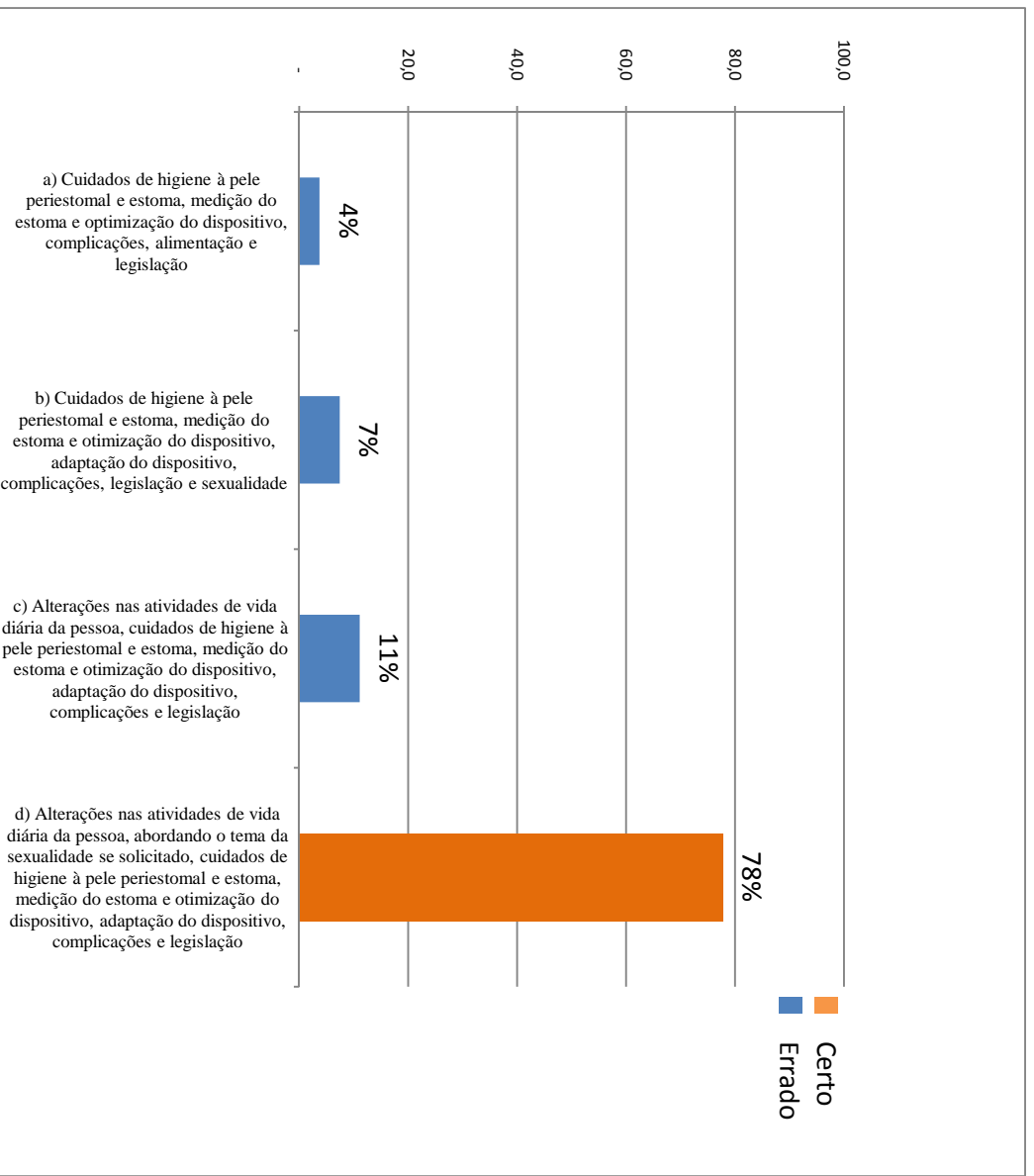


Gráfico nº 10 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 7: **A educação para a saúde realizada no período pós-operatório deve focar-se em que aspectos?**

Na sétima questão, a maioria dos enfermeiros responde de forma correta, representando 78% de respostas corretas. Destacamos que 7% dos enfermeiros consideram que a educação para a saúde na pessoa idosa e sua família não deve incluir as alterações nas atividades de vida diária desta. Este é um aspecto fulcral na preparação destas pessoas para o regresso a casa, pelo que, apesar de ser uma minoria, este aspeto deve ser reforçado em toda a equipa.



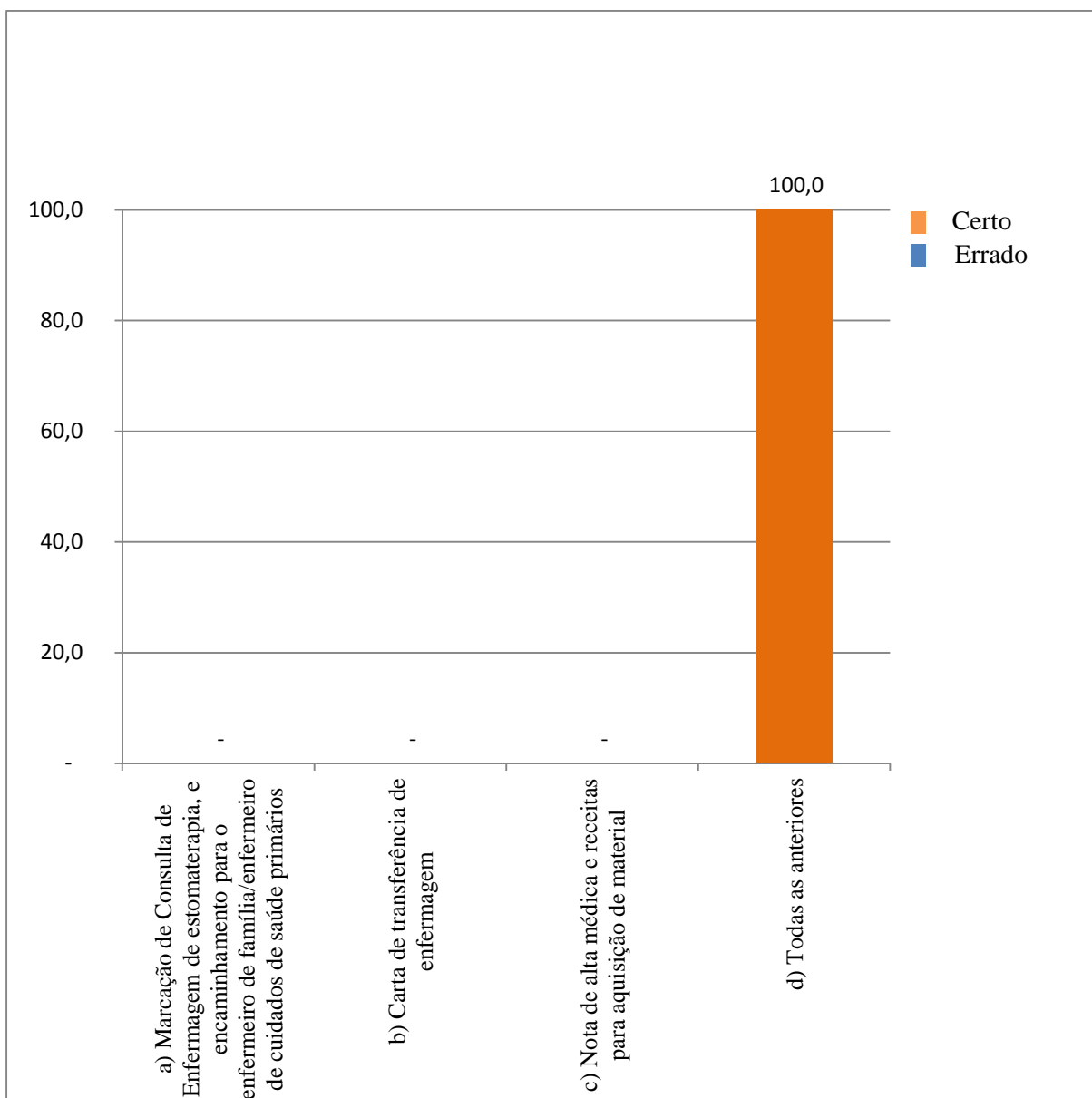


Gráfico nº 11 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 8: **No dia de alta, a pessoa idosa e família devem sair do serviço com?**

A oitava questão teve 100% de respostas corretas, com todos os enfermeiros a reconhecerem a necessidade de acompanhamento da pessoa idosa e família pela enfermeiras estomoterapeuta e enfermeiro de família/enfermeiro de cuidados de saúde primários, realização de carta de transferência de enfermagem, a necessidade de carta de alta e receitas para aquisição de dispositivos.

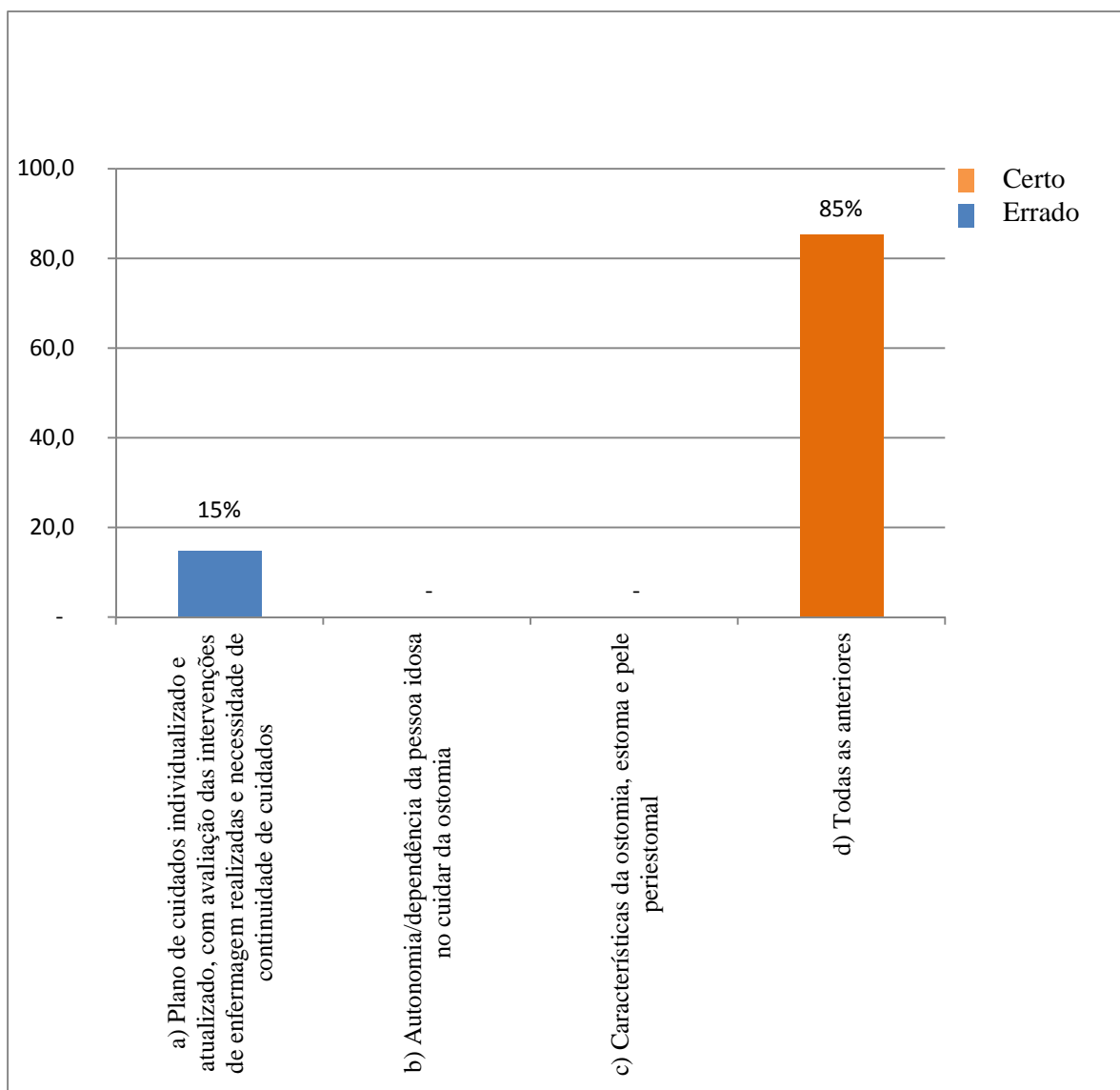


Gráfico nº 12 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 9: **A informação contida na carta de transferência de enfermagem para o enfermeiro de família/enfermeiro de cuidados de saúde primários, deve contemplar que aspetos?**

Na nona questão, 85% dos enfermeiros responderam corretamente. A maioria dos enfermeiros demonstra ter conhecimentos nesta temática, identificando quais os conteúdos que devem estar presentes na carta de transferência de enfermagem.

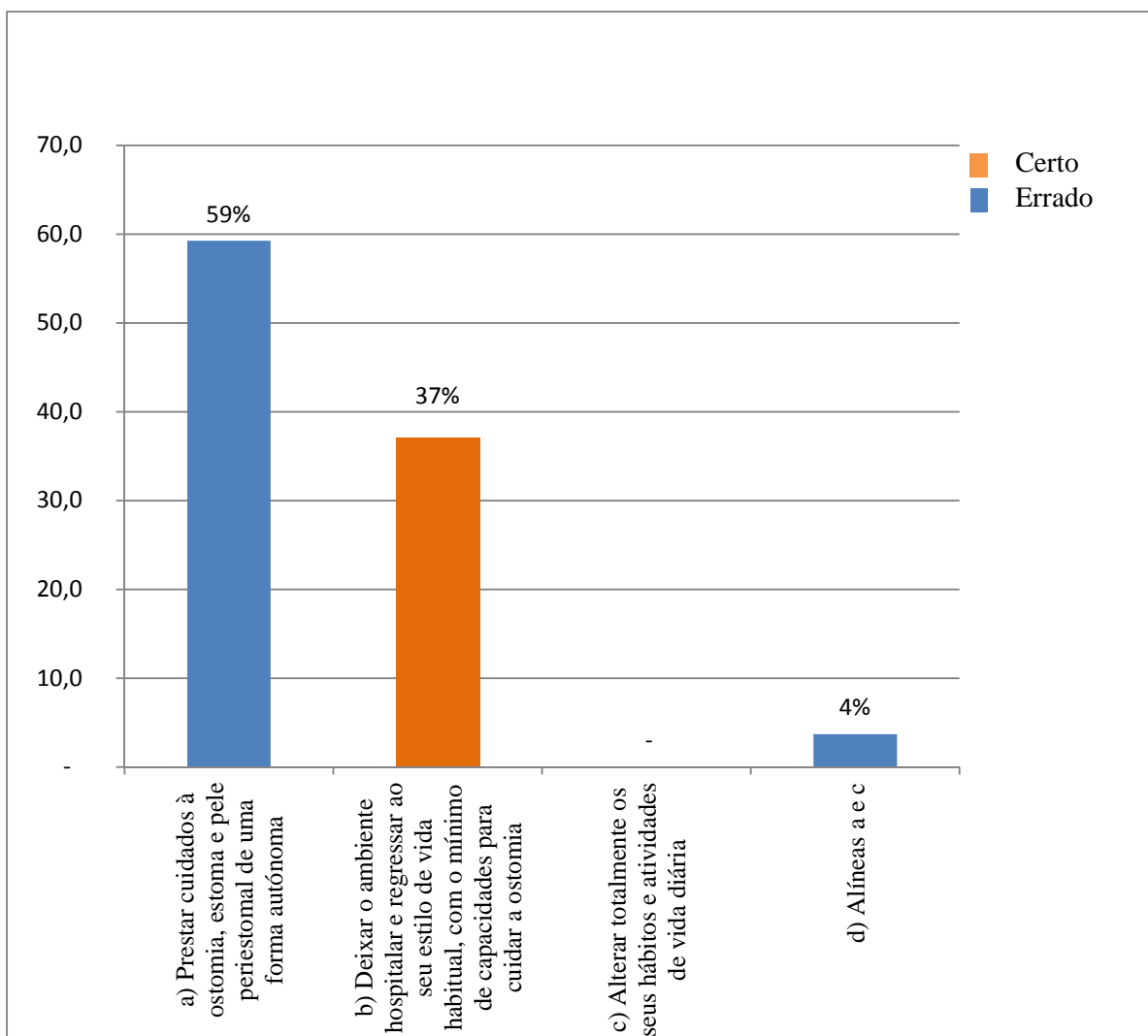


Gráfico nº 13 – Resposta dos enfermeiros à questão nº 10: **No regresso a casa a pessoa idosa ostomizada e família deverão ter conhecimentos que lhes permitam?**

Na décima questão, 63% dos enfermeiros responderam de forma incorreta, sendo que apenas 37% responderam de forma correta. Consideramos que este resultado é de alguma forma surpreendente, pois se tivermos em consideração as respostas às questões anteriores, nomeadamente à questão nº 7, esperaríamos um valor mais coincidente com o desta resposta.

Podemos depreender que os enfermeiros consideram que é primordial que estas pessoas deixem o ambiente hospitalar a prestar cuidados ao seu estoma e pele periestomal, não atribuindo tanto valor ao regressar a casa e retomarem os seus hábitos e estilos de vida. Assim, consideramos que esta é uma área a trabalhar com a equipa de enfermagem.

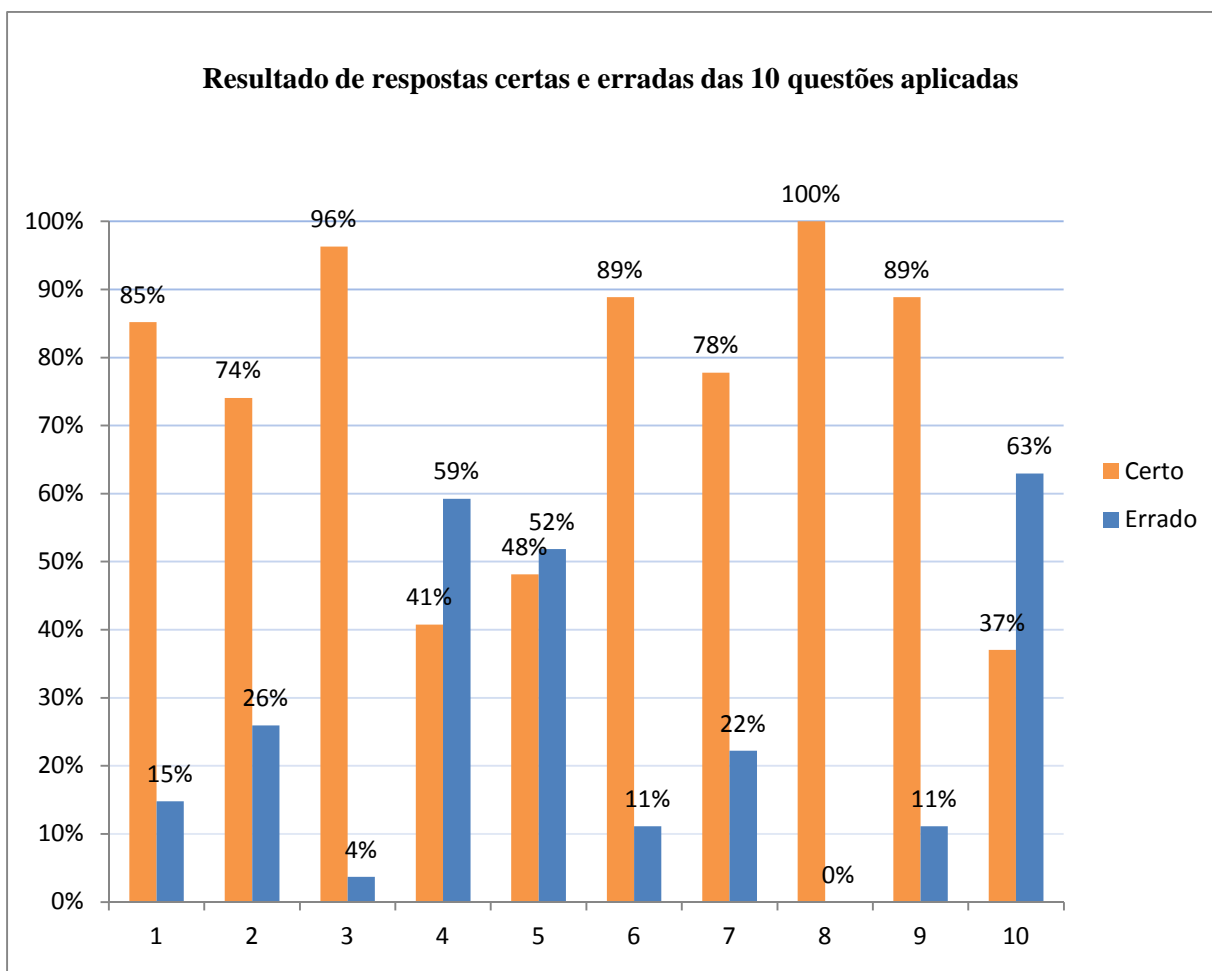


Gráfico nº 14 – Resultado de respostas certas e erradas das 10 questões aplicadas

De uma forma global a maior parte dos enfermeiros do serviço tem presente os conhecimentos relativos à preparação para o regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia de eliminação intestinal e sua família. As respostas corretas na sua globalidade situam-se acima dos 74%, exceto nas questões nº4, 5 e 10, onde as respostas incorretas foram superiores.

Associamos estes números à falta de informação relativa à necessidade de se iniciar a educação para a saúde sobre os autocuidados, dispositivos e ajustamentos necessários aos hábitos e estilo de vida destas pessoas no período pré-operatório. Poderemos assumir que este aspeto está relacionado com o facto de nem todos os enfermeiros realizarem a consulta de Enfermagem Pré-operatória, e com o facto de que os enfermeiros que a realizam não estarem despidos para a necessidade de se

iniciar precocemente a educação para a saúde junto destas pessoas, desmistificando mitos e receios.

Relativamente aos conhecimentos necessários aquando da alta e capacidades de autocuidado poderemos associar este resultado ao facto de os enfermeiros valorizarem mais o aspeto prático dos cuidados ao estoma, em detrimento da necessidade da pessoa regressar aos seus hábitos de vida.

Assim, consideramos que estas são as duas grandes áreas a trabalhar com a equipa de enfermagem, no sentido de as informar e incentivar a desenvolver intervenções de enfermagem com o intuito de melhor preparar o regresso a casa da pessoa idosa e sua família.



**APÊNDICE IX – *Checklist* para Realização de Auditorias aos Registos de  
Enfermagem**





Vinheta do doente

***Checklist de Auditoria aos Registos de  
Enfermagem da Pessoa Idosa com OEI***

Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRÉ-OPERATÓRIO**

**1.** Realizada Consulta de Enfermagem Pré-operatória:

☐ Sim

☐ Não

**2.** Realizada Educação para a Saúde:

☐ Sim

☐ Não

**3.** Identificação:

. Cuidador Familiar

☐ Sim

☐ Não

. Reder de Recursos

☐ Sim

☐ Não

**4.** Identificação de alterações na pessoa idosa

☐ Sim

☐ Não

**5.** Marcação do estoma

☐ Sim

☐ Não

Motivo: \_\_\_\_\_

## PÓS-OPERATÓRIO

### 1. Educação para a Saúde:

Focos de Atenção	Sim	Não	N/A	Observações
<b>ATITUDE TERAPÊUTICA - PROTOCOLO PRÉ OPERATÓRIO</b>				
Aplicar protocolo pré-operatório				
Informar a pessoa sobre pré-operatório				
Informar a pessoa sobre o pós-operatório				
<b>FERIDA CIRÚRGICA (estoma)</b>				
Vigiar ferida cirúrgica				
Monitorizar ferida cirúrgica				
Executar tratamento a ferida cirúrgica				
<b>RISCO DE MACERAÇÃO (pele periestomal)</b>				
Trocar placa de ostomia				
Trocar saco de ostomia				
Limpar a pele periférica ao estoma				
Vigiar pele periférica ao estoma				
Otimizar dispositivo de ostomia				
<b>Conhecimento sobre prevenção da maceração</b>				
Ensinar sobre prevenção de maceração				
<b>Aprendizagem de habilidades sobre prevenção da maceração</b>				
Instruir sobre prevenção de maceração				
Treinar sobre prevenção de maceração				
<b>Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração</b>				
Ensinar o prestador de cuidados na utilização do equipamento: ostomia				
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da maceração				
<b>Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração</b>				
Treinar o prestador de cuidados a prevenir a maceração				
Treinar o prestador de cuidados na utilização do equipamento: ostomia				
Instruir o prestador de cuidados a prevenir maceração				
Instruir o prestador de cuidados na utilização do equipamento: ostomia				

Focos de Atenção	Sim	Não	N/A	Observações
<b>MACERAÇÃO (pele periestomal)</b>				
Vigiar pele periférica ao estoma				
Executar tratamento a maceração				
<b>RISCO DE DESIDRATAÇÃO (ileostomia)</b>				
Monitorizar entrada e saída de líquidos				
Planejar ingestão de líquidos				
Administrar líquidos				
Incentivar ingestão de líquidos				
Vigiar sinais de desidratação				
Vigiar a eliminação urinária				
<b>Conhecimento sobre prevenção da desidratação</b>				
. Ensinar sobre prevenção da desidratação				
<b>Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação</b>				
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da maceração				
<b>DESIDRATAÇÃO (ileostomia)</b>				
Monitorizar entrada e saída de líquidos				
Planejar ingestão de líquidos				
Administrar líquidos				
Incentivar ingestão de líquidos				
Vigiar sinais de desidratação				
Vigiar a eliminação intestinal				
Vigiar a eliminação urinária				
<b>AUTO CONTROLO CONTINÊNCIA INTESTINAL (ileostomia + colostomia)</b>				
Incentivar o autocontrolo continência intestinal				
<b>Conhecimento sobre equipamento: ostomia</b>				
Ensinar sobre equipamento ostomia				

Focos de Atenção	Sim	Não	N/A	Observações
<b>AUTO CONTROLO CONTINÊNCIA INTESTINAL (ileostomia + colostomia)</b>				
<b>Aprendizagem de habilidades para utilizar o equipamento: ostomias</b>				
Elogiar a aprendizagem de habilidades				
Instruir a utilização de equipamento: ostomia				
Treinar a utilização de equipamento: ostomia				
<b>GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO (ileostomia + colostomia)</b>				
<b>Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares</b>				
Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares				
Providenciar material de leitura				
<b>Conhecimento sobre hábitos alimentares</b>				
Ensinar sobre hábitos alimentares				
Providenciar material de leitura				
<b>Conhecimento sobre hábitos de exercício</b>				
Ensinar sobre hábitos de exercício				
<b>Conhecimento sobre regime medicamentoso</b>				
Ensinar sobre regime medicamentoso				

2. Marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

☐ Sim ☐ Não

Data \_\_/\_\_/\_\_

3. Elaborada Carta de alta para Enfermeiro de Família/ Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários:

☐ Sim ☐ Não

Outros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE X – Análise das Auditorias Realizadas aos Registos  
de Enfermagem**



## **Análise das Auditorias Realizadas aos Registos de Enfermagem de Pessoas Idosas Submetidas a Ostomia de Eliminação Intestinal no Serviço de Cirurgia Geral**

A realização de auditorias aos registos de enfermagem de pessoas idosas submetidas a Ostomia de Eliminação Intestinal (OEI), decorreu entre os dias 24 e 28 de Novembro de 2014. Foram auditados os registos de enfermagem de pessoas que se encontravam internadas no serviço de Cirurgia Geral desde o início do mês de Novembro, até ao dia 28 do referido mês, altura em que todos já tinham tido alta.

As auditorias foram realizadas através de uma *checklist*, já existente no serviço, à qual foram feitas algumas alterações para dar respostas às necessidades de avaliação da preparação do regresso a casa da pessoa idosa com OEI. Foram considerados os registos das intervenções assinaladas em planos de cuidados como tendo sido realizadas, e os registos escritos em notas de exceção.

Foram auditados cinco processos de enfermagem, referentes a duas pessoas do sexo feminino e três do sexo masculino. Estes tinham idades compreendidas entre os 66 e os 92 anos. A **média de idades** foi de **73 anos**, com uma **moda** de **67 anos**.

Os **dias de internamento** oscilaram entre os 9 e os 28, correspondendo a uma **média** de **14, 6** dias de internamento, com uma **moda** de **9 dias**.

Na preparação para o regresso a casa destas pessoas, houve uma situação em que a alta teve que ser adiada, por motivos relacionados com a educação para a saúde e capacitação da pessoa idosa com ostomia de eliminação intestinal.

Das cinco intervenções cirúrgicas para realização de ostomia de eliminação intestinal, duas foram programadas e três foram de urgência. Destas, duas intervenções cirúrgicas foram para a realização de ileostomias e três para a realização de colostomias.

Nas cirurgias programadas realizou-se Consulta de Enfermagem Pré-operatória à pessoa idosa e sua família. Não existem registos relativos à realização

de educação para a saúde a estas pessoas e família na consulta, pelo que assumimos que esta não foi realizada.

Esta informação vem reforçar os resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros deste serviço, relativamente à necessidade de se iniciar a educação para a saúde sobre os autocuidados, ajustamentos necessários aos hábitos e estilo de vida destas pessoas e dispositivos no período pré-operatório, pelo que é uma área a ser trabalhada com a equipa de enfermagem.

Constatamos que a **marcação do local do estoma**, foi apenas realizado nas pessoas que tinham cirurgia programada. Nas cirurgias de urgência, não houve oportunidade para marcação do local do estoma pelos enfermeiros, pois as pessoas submetidas a OEI só deram entrada no serviço, após terem sido operadas. Assim estes dados mostram-nos que o local do estoma foi marcado pelos enfermeiros em **100% das pessoas** a serem submetidas a uma OEI.

Isto demonstra que os enfermeiros estão atentos e despidos para a importância da marcação do local do estoma, e que o realizam quando tem oportunidade para, pelo que é um aspeto positivo a realçar nas práticas desta equipa.

Relativamente à **identificação do cuidador familiar**, todos os processos continham esta informação, o que corresponde a uma percentagem de **100%**. Este é outro aspeto a realçar, pois demonstra que os enfermeiros têm presente a importância de se identificar o cuidador familiar.

Relativamente à **educação para a saúde** iremos referir e analisar de seguida quais os temas abordados com estas pessoas e cuidadores familiares.



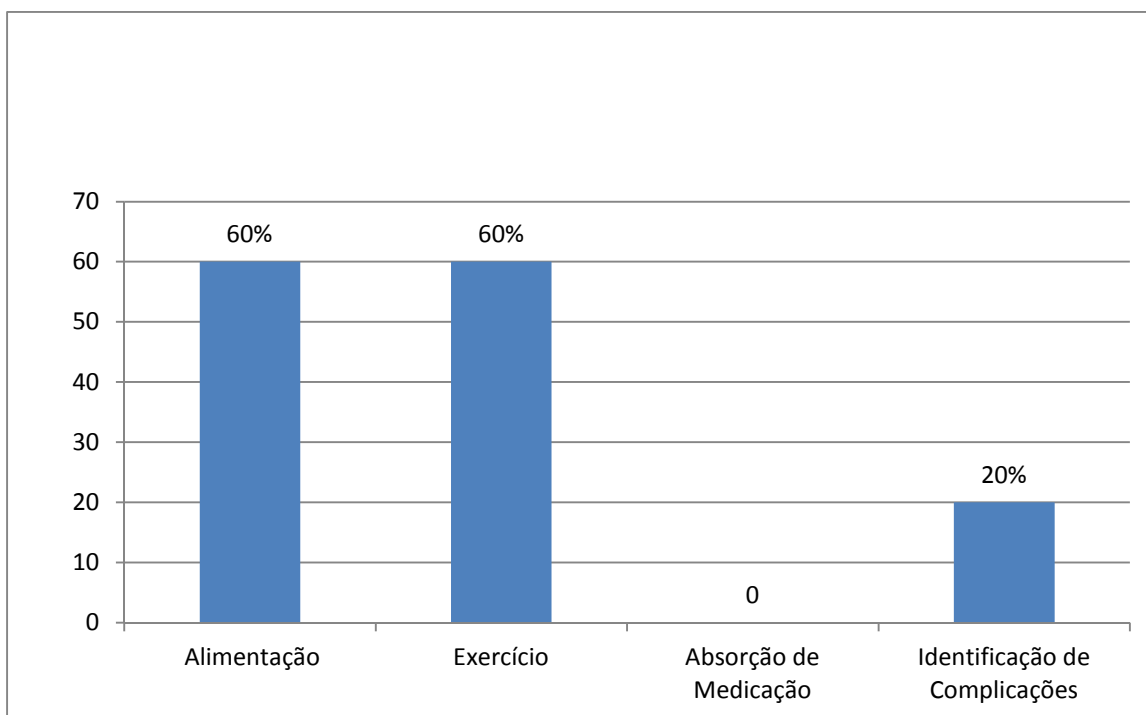


Gráfico nº 1 – Educação para a Saúde relativa à **Gestão do Regime terapêutico**

A educação para a saúde relativa à gestão do regime terapêutico nos temas relativos à alimentação e exercício foi realizada a 60% das pessoas idosas e família. O tema relativo à identificação de complicações foi apenas abordado com 20% das pessoas submetidas a OEI e família. Relativamente à absorção de medicação, este tema não foi abordado com nenhuma das pessoas com ileostomia.

Estes dados vêm-nos demonstrar que esta é uma área a ser trabalhada junto da equipa, principalmente a necessidade de educar estas pessoas para identificarem eventuais complicações associadas ao seu estoma. Nas pessoas ileostomizadas é importante sensibilizar os enfermeiros para a importância da deteção de vestígios de medicação no efluente das ileostomias, para que estas pessoas e os seus cuidadores saibam como atuar nestas situações.

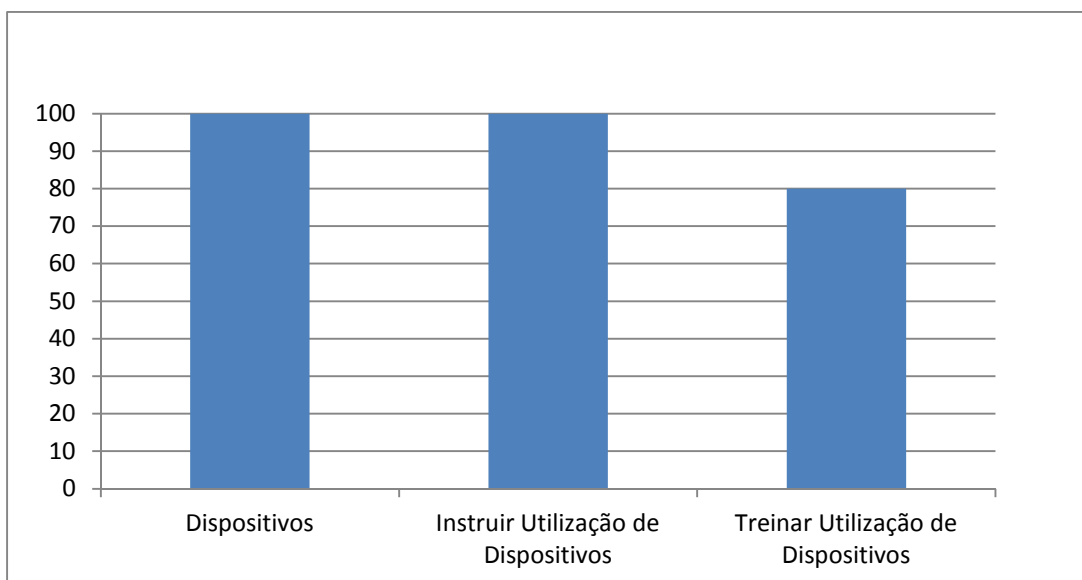


Gráfico nº 2 – Educação para a Saúde relativa ao **Auto-Controlo Continência Intestinal**

A educação para a saúde relativa ao auto-controlo continência intestinal, foi realizada a todas as pessoas e cuidadores familiares nos temas dispositivos e instrução de utilização de dispositivos, representando uma taxa de 100% de aplicabilidade. O ato de treinar foi realizado com 4 pessoas e seus cuidadores, representando uma percentagem de 80%.

Estes dados demonstram que os enfermeiros têm presente a importância de educar e capacitar estas pessoas e seus cuidadores, para autocuidarem o seu estoma e trocarem os dispositivos.

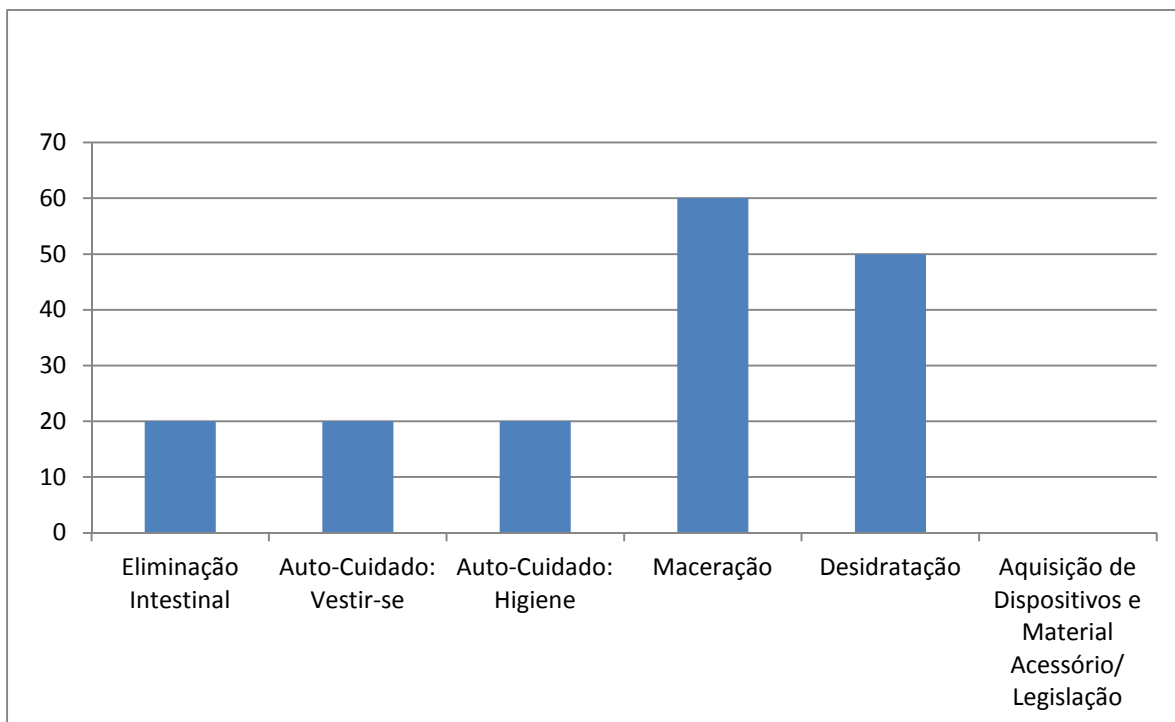


Gráfico nº 3 – Educação para a Saúde relativa a diversos **Focos de Atenção**

A realização de educação para a saúde relativa à eliminação intestinal, auto-cuidado: vestir-se e auto-cuidado: higiene foi efetuada a apenas 1 destas pessoas e seu cuidador familiar, o que representa 20% num total de 100%.

Este é um valor significativamente baixo, que nos mostra que a maioria destas pessoas e sua família saíram do meio hospitalar sem os conhecimentos para fazerem os ajustes necessários nos seus autocuidados, e hábitos de vida. Apesar da maioria da equipa ter presente que este é um aspeto a abordar com a pessoa idosa com OEI, conforme ficou patente no questionário, (questão nº 7), depois na prática este aspeto não é visível, pois não foram desenvolvidas ações educativas com estas pessoas e sua família como seria desejável.

Relativamente à temática sobre a maceração, foi realizada educação para a saúde a 3 pessoas e seus cuidadores, significando que esta intervenção foi realizada a 60% das pessoas.

Relativamente ao tema desidratação, este aplicava-se apenas às duas pessoas ileostomizadas, tendo sido realizada educação a uma delas, representando uma taxa de 50% de realização de educação sobre este tema.

Não foram encontrados registos relacionados com a realização de educação para a saúde sobre a aquisição de dispositivos e material acessório/legislação, o que nos dá um valor de 0% para a educação realizada sobre esta temática.

Apesar de não existirem registos, estamos cientes que este é um tema abordado com a pessoa idosa submetidas a OEI e sua família, por ser um aspeto importante no regresso a casa destas pessoas. Associamos este facto à não existência de intervenções de enfermagem no padrão SAPE dirigidas a esta temática, pelo que esta será uma área a ser trabalhada com a equipa. É necessário reforçar junto da equipa, a necessidade de realizar registos o mais completo possível, para que estes espelhem as intervenções que foram desenvolvidas com estas pessoas.

Comparando os resultados dos questionários, com os resultados das auditorias aos processos de enfermagem destas pessoas, observamos que os enfermeiros consideram que o essencial na preparação do regresso a casa destas pessoas e sua família é capacitar ambas para a realização de cuidados ao estoma. Isto é visível se compararmos os resultados do questionário, questão nº 10, em que a maioria dos enfermeiros deu uma resposta incorreta ao considerar que o essencial na preparação do regresso a casa destas pessoas é terem conhecimentos para prestarem cuidados ao seu estoma e pele periestomal, com os resultados das auditorias, onde constatamos que a educação para a saúde relativa à prestação de cuidados ao estoma e à mudança de dispositivos foi realizada a 100% das pessoas, mas a educação relacionada com os autocuidados foi realizada a apenas 20% das pessoas idosas com OEI.

Tendo presente que o essencial na preparação do regresso a casa destas pessoas é que retomem os seus hábitos e estilos de vida com os devidos ajustamentos e adaptações, e não só o prestar cuidados ao seu estoma, este é um aspeto que deve ser trabalhado com a equipa, para que a transição do meio

hospitalar para casa se processe de uma forma tranquila, e com os conhecimentos que permitam a estas pessoas retomarem a sua vida com o mínimo de alterações.

Seria desejável, que todos os aspetos da educação para a saúde fossem abordados com estas pessoas e suas famílias, mas tal não se verificou. Assim, no geral esta é uma área que deve ser abordada e trabalhada com a equipa, no sentido de perceber o porquê desta situação, e o que pode ser feito para melhorar a mesma.

Relativamente à **marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia**, este aspeto não é mencionado em nenhum dos processos auditados, o que nos induziria a pensar que esta não foi marcada a nenhuma das pessoas. No entanto, após validação com a enfermeira estomoterapeuta, confirmámos que foi marcada consulta a todas as pessoas, o que representa uma taxa de **100%** de marcação de consultas de estomaterapia. Este é um aspeto a realçar na equipa, pois tem presente a importância do acompanhamento pós alta destas pessoas, e a necessidade de acompanhamento especializado por uma enfermeira estomoterapeuta.

Em relação à **carta de alta para o enfermeiro de família/enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários**, esta foi elaborada a 60% das pessoas idosas, mas sempre com o intuito de continuidade de cuidados relativos à ferida operatória, não existindo referência em nenhuma delas à ostomia da pessoa e necessidade de acompanhamento nesta área.

Sendo o acompanhamento no domicílio um aspeto importante nesta fase de transição, é necessário fomentar junto da equipa de enfermagem a elaboração destas cartas de alta, pois os enfermeiros da comunidade são um recurso disponível, e numa fase inicial de adaptação destas pessoas e suas famílias, podem ter um papel relevante na mesma.

É de realçar também a importância da carta de alta conter informação relativa ao acompanhamento pela enfermeira estomoterapeuta e a data de marcação da consulta com a mesma, para que o enfermeiro da comunidade possa ter acesso a esta informação, e se necessário contactar com a enfermeira estomoterapeuta.

De uma forma geral existem aspetos muito positivos evidenciados pelos enfermeiros, no entanto existem outros que devem ser trabalhados em equipa. Consideramos que este é o início de um percurso em conjunto, com o intuito de melhorar a nossa intervenção junto da pessoa idosa com OEI e sua família, de forma a garantir que o seu regresso a casa se processa de uma forma tranquila.

**APÊNDICE XI – Manual de Orientação das Intervenções de  
Enfermagem no Regresso a Casa da Pessoa Idosa com OEI e sua Família**





**Hospital EPE**  
**Serviço de Cirurgia Geral**

# **Manual de Orientação das Intervenções de Enfermagem no Regresso a Casa da Pessoa Idosa com Ostomia de Eliminação e sua Família**

**Elaborado por:**

**Magda Santos (estudante do 5º curso de  
Pós-Licenciatura e Mestrado em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica,  
Vertente Pessoa Idosa)**

**Almada**

**Dezembro de 2014**



## INDICE

INTRODUÇÃO .....	3
1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO .....	5
1.1 Intervenções de Enfermagem a desenvolver na Consulta de Enfermagem Pré-operatória e/ou dia de internamento.....	5
2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO .....	7
2.1 Intervenções de enfermagem no pós-operatório.....	7
2.2 Plano de educação para a saúde.....	8
3. CONCLUSÃO .....	11
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	12
APÊNDICES .....	
APÊNDICE I – Procedimentos Cirúrgicos Colorretais	
APÊNDICE II – Autocuidados	
APÊNDICE III - Seguimento em Consulta de Enfermagem de Estomaterapia	
APÊNDICE IV – Dispositivos de Eliminação	
APÊNDICE V – Higiene do Estoma e Pele Periestomal	
APÊNDICE VI – Alterações Sensoriais, Motoras e Cognitivas na Pessoa Idosa	
APÊNDICE VII – Marcação do Estoma	
APÊNDICE VIII – <i>Checklist</i> de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa e Família	
APÊNDICE IX – Complicações Precoces no Estoma e Pele Periestomal	
APÊNDICE X – Medição do Estoma, Otimização dos Dispositivos e Adaptação e Remoção dos Mesmos	
APÊNDICE XI – Alterações na Absorção de Medicação	
APÊNDICE XII – Legislação e Aquisição de Material	
APÊNDICE XIII – Carta de Alta de Enfermagem	

## ANEXOS

### ANEXO I - Folhetos Existentes no Serviço de Cirurgia Geral

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno normal e universal a todos os seres humanos, pode ser encarado como um processo contínuo, que tem como produto final a velhice e que se desenvolve de forma distinta em cada indivíduo. Sabe-se que “as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de factores externos como o estilo de vida, actividades e ambiente, e de factores internos como a carga genética e o estado de saúde” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.124).

À medida que aumenta o número de pessoas idosas, aumenta também a proporção de pessoas idosas com ostomias (Black, 2009; Ringhofer, 2005). Pessoas com 80 e 90 anos são frequentemente hospitalizadas para serem submetidas a ostomias de eliminação, devido a doenças neoplásicas e doença diverticular, entre outras. (Black, 2009).

As alterações associadas ao envelhecimento, e decorrentes deste, podem influenciar a forma como a pessoa idosa gere a sua capacidade de independência no autocuidado à ostomia. Aspetos como a alteração da destreza manual, a diminuição da acuidade visual, as doenças mentais, entre outros, podem ser entraves à sua independência, sendo então por vezes necessário que a família se torne um agente de cuidados à pessoa idosa ostomizada (Lowter, 2012; Williams, 2008).

Com períodos de internamento cada vez mais curtos, torna-se necessário apoiar, educar e capacitar a pessoa idosa o mais precocemente possível, tornando-a independente no autocuidado, e quando tal não for possível capacitar a família para o fazer (Black, 2011; Bohnkamp, Lopez & Blackett, 2004). É necessário que a pessoa idosa com Ostomia de Eliminação Intestinal (OEI) e/ou família, deixem o ambiente hospitalar com o mínimo de capacidades para regressarem aos seus hábitos de vida e a autocuidar a ostomia (Burch, 2012).

O enfermeiro deve ser capaz de particularizar quem é a pessoa que tem à sua frente, quais os seus desejos, necessidades, vontades, valores e crenças para que possa estar próximo desta e compreender a sua forma de ser e estar na vida (McCormack, 2003).

Este conhecimento permite ao enfermeiro orientar a sua intervenção no processo de tomada de decisão junto da pessoa idosa ostomizada, de uma forma congruente com a sua história e projeto de vida, facilitando a partilha de informação e valorizando os seus pontos de vista. O papel do enfermeiro é estar presente, dar apoio pessoal e profissional, ao mesmo tempo que capacita a pessoa a fazer escolhas de acordo com as suas crenças, valores e vontade própria (McCormack, 2003).

No percurso que decorre desde a tomada de conhecimento pela pessoa idosa que irá ser submetida a uma cirurgia para realização de uma OEI, até ao posterior acompanhamento em Consulta de Enfermagem de Estomaterapia, o enfermeiro deve ser capaz de apoiar e compreender a perspetiva emocional desta, ajudando-a a ter consciência das suas capacidades e limitações relativamente à sua nova condição de vida, auxiliando-a a estabelecer metas realistas para as mudanças de comportamento e a atingir um dos principais objetivos que é reajustar-se ao seu estilo de vida habitual (Macedo, 2006).

Assim, este guia tem como objetivo contribuir para a sistematização das intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa com OEI e sua família, na preparação do seu regresso a casa.

## **1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO**

Para que o regresso a casa da pessoa idosa com OEI se processe de uma forma tranquila, este deve iniciar-se o mais precocemente possível. Deve iniciar-se preferencialmente no período pré-operatório, quando o apoio e a preparação psicológica da pessoa idosa e da sua família são essenciais. O enfermeiro deverá avaliar o conhecimento que a pessoa idosa tem da doença, sistemas de apoio, o seu nível educacional, o seu estilo de vida e como este pode ser afetado pela realização de uma ostomia.

È também importante avaliar a existência de limitações físicas e mentais que possam interferir com a capacidade da pessoa autocuidar a sua ostomia (Borwell, 2009b; Pontieri-Lewis, 2006). O enfermeiro deve ter sempre em consideração o processo de envelhecimento na avaliação da capacidade da pessoa se tornar independente no autocuidado ao seu estoma (Williams, 2008).

As intervenções de enfermagem deverão ser desenvolvidas na Consulta de enfermagem pré-operatória, e/ou no dia de internamento da pessoa idosa, tendo sempre presente a necessidade de adequação e individualização das mesmas á pessoa idosa e sua família.

### **1.1 Intervenções de Enfermagem a desenvolver na Consulta de Enfermagem Pré-operatória e/ou dia de internamento**

As intervenções de enfermagem a serem desenvolvidas no período pré-operatório têm como objetivo capacitar a pessoa idosa a lidar psicologicamente e fisicamente com um estoma, assim como prepará-la para os resultados da intervenção cirúrgica, permitindo uma melhor aceitação da alteração na sua imagem corporal, e consequente adaptação às alterações nos seus autocuidados (Slater, 2010).

A educação para a saúde realizada no período pré-operatório permite a curto prazo o desenvolvimento das competências necessárias para autocuidar uma ostomia, exercendo um efeito positivo sobre o ajustamento a longo prazo, a um estoma permanente (Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO), 2009).

Assim, na Consulta de Enfermagem pré-operatória e/ou no dia de internamento as intervenções de enfermagem a serem desenvolvidas com a pessoa idosa e família são (Lowther, 2012; Borwell, 2009; RNAO, 2009; Fulham, 2008):

- Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa idosa e sua família (escuta ativa, confiança, respeito, empatia e dar resposta às preocupações dos mesmos);
- Avaliação da pessoa idosa e sua família (história física, psicossocial, cultural, espiritual e religiosa);
- Elaboração de um plano de cuidados individualizado à pessoa idosa e família;
- Validar e reforçar conhecimentos acerca da intervenção cirúrgica a ser realizada, e necessidade de realização da ostomia (Apêndice I);
- Realização de educação para a saúde:
  - Possíveis alterações nos autocuidados (alimentação, eliminação, vestuário, higiene), e estratégias de adaptação aos mesmos (Apêndice II);
  - Procedimentos pré e pós operatórios;
  - Seguimento futuro em Consulta de enfermagem de estomaterapia (Apêndice III);
  - O que é um estoma/características da ostomia (Apêndice II);
  - Dispositivos de eliminação (Apêndice IV);
  - Higiene do estoma e pele periestomal (Apêndice V);
- Identificação de possíveis limitações no autocuidado ao estoma, relacionadas com alterações sensoriais/ motoras/ cognitivas (diminuição da acuidade visual e auditivas, alterações na destreza manual, memória, compreensão, doença, outras) (Apêndice VI);
- Identificação da rede de recursos da pessoa (família/pessoa significativa, comunitários), e iniciar articulação com os mesmos sempre que necessário;
- Entrega de informação escrita – folhetos existentes no serviço (Anexo I);
- Marcação do local do estoma (Apêndice VII);
- Realização de registos de enfermagem e iniciar o preenchimento da *checklist* de preparação do regresso a casa (Apêndice VIII).



## **2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO**

No regresso a casa da pessoa idosa e família, deve-se assegurar que estes têm as ferramentas necessárias para retomarem os seus hábitos e estilo de vida, assim como a capacidade de autocuidar o estoma e identificar precocemente sinais de complicações (Burch, 2014).

### **2.1 Intervenções de enfermagem no pós-operatório**

O período pós-operatório é a fase em que a pessoa idosa começa a aperceber-se de como vai ser viver com uma ostomia. Assim, é necessário que os cuidados prestados pela equipa de enfermagem permitam que a pessoa idosa se sinta apoiada, ajudando-a a aceitar o estoma e a sua imagem corporal, ao mesmo tempo que a capacita para que se torne autónoma nos cuidados e autocuidado ao estoma e possa fazer os devidos reajustamentos no seu estilo de vida habitual (Burch, 2014; Burch, 2012; RNAO, 2009).

Assim, as intervenções de enfermagem neste período devem focar-se (Lowther, 2012; Borwell, 2009; RNAO, 2009; Fulham, 2008):

- Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa idosa e sua família (escuta ativa, confiança, respeito, empatia e dar resposta às preocupações dos mesmos);
- Elaboração de um plano de cuidados individualizado à pessoa idosa e família;
- Elaboração de um plano de educação para a saúde adaptado às especificidades da pessoa idosa e família;
- Identificação precoce de complicações no estoma e pele periestomal (Apêndice IX);
- Solicitar avaliação e intervenção dos elementos da equipa multidisciplinar quando necessário;
- Realização de educação para a saúde sobre:
  - Possíveis alterações nos autocuidados (alimentação, eliminação, vestuário, higiene), e estratégias de adaptação aos mesmos (Anexo II);

- Cuidados de higiene à pele periestomal e estoma (Apêndice V);
  - Complicações no estoma e pele periestomal (Apêndice IX);
  - Medição do estoma e otimização dos dispositivos (Apêndice X);
  - Adaptação e remoção dos dispositivos (Apêndice X);
  - Alterações no processo de absorção de medicação (relacionado com o tipo de ostomia) (Apêndice XI);
  - Aquisição de dispositivos e material acessório (Apêndice XII);
  - Legislação (Apêndice XII).
- Realização de registos de enfermagem e preenchimento da checklist de preparação do regresso a casa (Apêndice VIII);
  - Elaboração de carta de alta de enfermagem (Apêndice XIII);
  - Encaminhamento para o enfermeiro de família/enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários;
  - Encaminhamento para a Consulta de enfermagem de estomaterapia.

## **2.2 Plano de educação para a saúde**

A educação da pessoa idosa requiere habilidade, tempo e dedicação para que esta adquira a independência no autocuidado ao seu estoma (Lowter, 2012).

Esta, tem um papel de relevo na intervenção junto destas pessoas e suas famílias, pelo que ao educar a pessoa idosa deve ser tido em consideração o processo de aprendizagem destas pessoas, devendo fazer-se uso dos princípios da Gerontagogia<sup>10</sup>. A pessoa idosa deve ser protagonista da sua própria formação, pelo que o enfermeiro deve procurar orientar a educação com métodos e técnicas adequadas às características da mesma, valorizando a sua experiência de vida e sabedoria, proporcionando assim momentos de partilha de conhecimentos em que ensinar e aprender estão lado a lado (Lemieux & Martinez, 2000).

---

<sup>10</sup> Gerontagogia pode ser definida como uma ciência cujo objeto de estudo é a intervenção educacional no idoso. (Lemieux & Martinez, 2000)

No processo de educação para a saúde na pessoa idosa submetida a OEI há que ter também em consideração o seu estado de saúde. Segundo Whitman (1998), o estado de saúde da pessoa pode afetar a sua disponibilidade experiencial e motivacional para aprender. De acordo com o autor à medida que as necessidades provocadas por um processo de doença diminuem, aumenta a disponibilidade da pessoa para aprender. Pelo que, numa fase inicial deve ser dado tempo à pessoa para que recupere da cirurgia, e após deve iniciar-se de forma gradual a educação para a saúde.

Ao elaborar planos de educação para a pessoa idosa deve-se ter em consideração aspetos como (Berger & Mailloux-Poirier, 1995):

- Dar tempo suficiente para que esta retenha a informação (a aprendizagem faz-se de forma mais lenta, devendo-se repartir a informação por vários períodos, em vez de esta ser dada de uma forma concentrada);
- Ter em consideração aprendizagens anteriores;
- Fazer apelo à memória de longo prazo (permite conservar o vocabulário, as experiências passadas e as lembranças);
- Fazer apelo à memória visual (permanece mais tempo intacta do que a memória auditiva).

O impacto de uma cirurgia e a recuperação da mesma, é um processo que pode ser difícil de gerir pela pessoa idosa. Na pessoa adulta que está recuperar bem da sua cirurgia, o impacto da adaptação e aprendizagem de conhecimentos relacionados com o seu estoma pode não ser um grande desafio, no entanto, na pessoa idosa isto pode ser mais difícil do que a mesma poderia ter imaginado, e o pensamento de recuperar de uma cirurgia e aprender a cuidar do seu estoma, normalmente no período de uma semana, pode ter um grande impacto psicológico na mesma (Slater, 2010).

Assim, a educação realizada no pós-operatório deve ser o mais realística possível, para que esta espelhe as atividades a realizar pela pessoa em sua casa (Slater, 2010).

De acordo com Slater (2010), deve ser realizada educação para a saúde à pessoa idosa duas vezes por dia, pois além destas desenvolverem e adquirirem capacidades no cuidado ao estoma mais rapidamente, é mais fácil para estas aprenderem e ajustarem-se às alterações provenientes do mesmo.

A pessoa idosa torna-se independente mais rapidamente no autocuidado ao estoma, se as sessões de educação sobre dispositivos e sua mudança/despejo, ocorrerem na casa de banho.

Este procedimento diminui a dependência da pessoa relativamente ao enfermeiro, pois não tem que lhe pedir material para poder realizar o procedimento (Slater, 2010).

Segundo Black (2011), a realização de educação para a saúde à pessoa idosa deve ter em consideração:

- O uso do ensino multissensorial (de acordo com as necessidades da pessoa);
- A escolha da melhor altura do dia para ensinar (os idosos podem estar menos disponíveis para a aprendizagem de manhã);
- Realizar as sessões de educação na casa de banho (preferencialmente uma casa de banho que garanta a privacidade);
- Estipular diariamente objetivos realísticos para a pessoa;
- Assegurar que a pessoa tem consigo óculos, aparelho auditivo ou outros dispositivos que necessite;
- Repetir os procedimentos de ensino até a pessoa estar confiante.

Durante as sessões de educação o ensino de procedimentos deve ser o mais simples possível, explicando passo a passo, e dando tempo à pessoa para dar *feedback* e colocar questões.

### **3. CONCLUSÃO**

A presença de uma OEI vai provocar uma transformação na vida da pessoa idosa. Exige que passe por um período de transição, em que será necessário a adoção de medidas adaptativas e de reajustamento aos seus hábitos de vida e autocuidados, pelo que é essencial que a preparação do regresso a casa destas pessoas se faça de forma precisa e rigorosa.

Este é um processo que deve ser iniciado o mais precocemente possível, englobando a preocupação com a saúde, bem-estar e segurança da pessoa idosa e família, sendo necessária a mobilização de recursos que capacitem a pessoa para os cuidados além da alta.

Assim, a intervenção de enfermagem junto destas pessoas deve iniciar-se no período pré-operatório, altura em que se deve começar a educação para a saúde, fomentando a desmistificação de receios e mitos que possam existir. Uma intervenção precoce irá facilitar o processo de aprendizagem na pessoa idosa e a preparação do regresso a casa.

Na fase pós-operatória é necessário capacitar a pessoa idosa e sua família para que consigam fazer os devidos ajustamentos e adaptações nos seus autocuidados e hábitos de vida, para que retomem assim que possível os seus objetivos e projeto de vida.

A educação para a saúde tem um papel de relevo nesta fase, pelo que é importante que o enfermeiro tenha presente as alterações próprias do processo de envelhecimento que podem condicionar o processo de aprendizagem na pessoa idosa, devendo fazer uso desses conhecimentos para tornar os momentos de aprendizagem o mais proveitoso possível para a pessoa idosa.

Este manual serve de apoio e orientação aos enfermeiros do serviço de cirurgia geral na preparação do regresso a casa da pessoa idosa e sua família, dando ênfase às intervenções de enfermagem a desenvolver no período pré e pós-operatório, garantindo assim que todos os aspetos na preparação do regresso a casa destas pessoas são do conhecimento de toda a equipa de enfermagem.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. & Phaneuf, M. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Black, P. (2011). The role of the carer and patient in stoma care. *Nursing and Residential Care*. 13(9). 432–436.
- Black, P. (2009). Care of the older ostomate in the residential care setting. *Nursing and Residential Care*. 11(3):123–7. . Acedido a 12/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Bohnekamp, S.K, Lopez, A. M & Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with nem ostomies. *Oncology Nursing Forum*. 13 (5). 1005-1010. Acedido a 12/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Borwell, B., (2009). Rehabilitation and stoma care: adresssing the psychological needs. *British Journal of Nursing*. 18 (4). 20-25. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Burch, J. (2012). Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal of Community Nursing*. 16(8). 366-373. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Burch, J. (2014). Optimal support systems for patients with stomas – an opinion piece. *Nursing: research and Reviews*. 4, 55-64. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Cronin, E. (2014). stoma siting: why and how to mark the abdomen in preparation for surgery. *Gastrointestinal Nursing*. 12 (3), 12-19
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*. 6 (8). 14-23
- Lemieux, A. & Martinez, M.S. (2000). Gerontagogy Beyond Words: A Reality. *Educational Gerontology*. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: <http://hera.ugr.es/doi/14999973.pdf>

- Lowter, C. (2012). The impact of stoma formation and enhanced recovery in the elderly. *Gastrointestinal Nursing*. 10 (8). 34-39. Acedido a 15/05/2014.
- Macedo, L. M. V. S.. (2006). Educação para Alta à Pessoa com Ostomia. *Revista Sinais Vitais*. 67, 51-53
- McCormack, B. (2003). A conceptual Framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- O'Connor, G. (2003). Discharge planning in rehabilitation following surgery for a stoma. *British Journal of Nursing*. 12(13). 800-807
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *Medsurg Nursing*. 15 (4). 199-202. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Ringhofer, J. (2005). Meeting the needs of your ostomy patient. *RN*. 68(8). 37-42. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO), (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)
- Slater, R.C. (2010). Managing quality of life in the older person with a stoma. *British Journal of Community Nursing*. 15(10), 480-484.
- Williams, J. (2008). Caring for the older ostomate. *Nursing & Residential Care*. 10 (2). 64-67. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Whitman, N. L. (1998). Health Status. In Boyd, M. et al. *Health Teaching in Nursing Practice*. Connecticut: Appleton & Lange





## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Procedimentos Cirúrgicos Colorretais**

Procedimentos Cirúrgicos Colorretais		
Procedimento Cirúrgico	Descrição	Tipo de estoma
<b>Resseção Abdomino-perineal</b>	È feita resseção do tumor do baixo reto ou canal anal, removendo todo o reto, canal anal e ânus, assim como a mucosa circundante	Colostomia (sigmoide terminal) permanente
<b>Resseção Anterior do reto</b>	É feita resseção do tumor da região média a superior do reto, e mucosa circundante	Possibilidade de ileostomia temporária
<b>Proctocolectomia</b>	Cirurgia realizada habitualmente em pessoa com doença inflamatória intestinal ou polipose adenomatosa familiar . È feita resseção total do colon, e reto.	Ileostomia permanente ou temporária
<b>Colectomia total</b>	Cirurgia realizada habitualmente em pessoa com polipose adenomatosa familiar. É feita resseção total do colon, e anastomose do íleo ao reto	Possibilidade de ileostomia temporária
<b>Colectomia subtotal</b>	Cirurgia realizada habitualmente em pessoa com doença inflamatória intestinal. É feita resseção parcial do colon.	Possibilidade de ileostomia temporária
<b>Hemicolectomia direita</b>	Cirurgia realizada em pessoas com doença inflamatória intestinal ou tumores. É feita resseção do cego e parte/totalidade do colon ascendente.	Possibilidade de ileostomia temporária

Procedimentos Cirúrgicos Colorretais		
Procedimento Cirúrgico	Descrição	Tipo de estoma
<b>Cirurgia de Hartmann</b>	Habitualmente realizada em situações de urgência. É feita remoção total/parcial do colon sigmóideo, e o reto é preservado.	Colostomia temporária ou permanente

Quadro 1 - Procedimentos Cirúrgicos Colorretais (Slater, 2012)

## Referências Bibliográficas

Slater, R. (2012). Enhanced recovery after surgery: benefits for the stoma care patient. *British Journal of Nursing*. 21(6). s16-s21



## **APÊNDICE II – Autocuidados**





## **Autocuidados**

### **1) Alimentação**

Na pessoa submetida a uma ostomia de eliminação intestinal, a alimentação pode ser um fator gerador de ansiedade e dúvida, pelo que é importante educar esta e a sua família.

Na pessoa submetida a uma OEI a educação para a saúde deverá incidir sobre (RNAO, 2009):

- A necessidade de mastigar bem os alimentos (numa fase inicial o peristaltismo intestinal pode estar aumentado, o que pode fazer com que os alimentos não sejam digeridos. A pessoa deve ter presente que com o tempo o trânsito intestinal irá diminuir, e que com uma mastigação correta os alimentos serão digeridos e diminui a flatulência);
- A forma de introduzir de uma forma gradual novos alimentos (para determinar o seu efeito no funcionamento da ostomia);
- Necessidade de se alimentar de uma forma regular (fazer 4 a 6 refeições mais pequenas por dia, evitando fazer 2 a 3 grandes refeições, por permitir que a digestão e absorção dos alimentos se faça de forma mais eficaz. Este aspeto é mais significativo na pessoa com uma ileostomia);
- Retomar uma dieta normal às 6 – 8 semanas após a cirurgia (tendo presente algumas especificidades da pessoa com ileostomia);
- Efeito dos alimentos no efluente.

È importante que a pessoa com ostomia tenha conhecimento sobre o efeito dos alimentos nas características do efluente, de forma a poder ajustar a dieta às suas necessidades [United Ostomy Association of America (UOAA), 2011, RNAO, 2009; Canadian Association for Enterostomal Therapy (CAET), 2005]. No quadro 1 estão especificadas algumas dessas características.

Alimentos produtores de gás	Alimentos produtores De odor	Alimentos que promovem a eliminação	Alimentos potencialmente obstrutivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebidas alcoólicas;</li> <li>- Bebidas gaseificadas;</li> <li>- Feijão;</li> <li>- Grão;</li> <li>- Ervilhas;</li> <li>- Soja;</li> <li>- Couve;</li> <li>- Couve-flor;</li> <li>- Pepino;</li> <li>- Lacticínios;</li> <li>- Pastilha elástica;</li> <li>- Nozes;</li> <li>- Cebola;</li> <li>- Rabanestes;</li> <li>- Alface;</li> <li>- Brocolos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espargos;</li> <li>- Feijão cozido;</li> <li>- Feijão verde;</li> <li>- Brócolos;</li> <li>- Couves;</li> <li>- Ovos;</li> <li>- Peixe;</li> <li>- Alho;</li> <li>- Cebola;</li> <li>- Queijo;</li> <li>- Especiarias;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Café (morno/quente);</li> <li>- Fruta cozida;</li> <li>- Vegetais cozidos;</li> <li>- Fruta fresca;</li> <li>- Sumo de fruta;</li> <li>- Água;</li> <li>- Bebidas mornas ou quentes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pele da maçã;</li> <li>- Couve crua;</li> <li>- Aipo;</li> <li>- Vegetais chineses;</li> <li>- Milho;</li> <li>- Coco;</li> <li>- Frutos secos;</li> <li>- Cogumelos crus;</li> <li>- Laranja;</li> <li>- Ananás;</li> <li>- Pipocas;</li> <li>- Sementes;</li> </ul> <p><b>Nota:</b> estes alimentos deverão ser evitados nas primeiras 6-8 semanas, pelo risco de provocarem uma obstrução intestinal</p>
Alimentos que alteram a coloração do efluente	Alimentos que controlam o odor	Alimentos que promovem o aumento do efluente	Alimentos obstipantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espargus;</li> <li>- Beterraba,</li> <li>- Gelatina vermelha;</li> <li>- Morangos;</li> <li>- Molho de tomate;</li> <li>- Comprimidos de ferro;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumo de arando;</li> <li>- Sumo de laranja;</li> <li>- Salsa;</li> <li>- Sumo de tomate;</li> <li>- Iogurte;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grãos integrais;</li> <li>- Couve cozida;</li> <li>- Fruta;</li> <li>- Leite;</li> <li>- Ameixa;</li> <li>- Passas;</li> <li>- Vegetais crus;</li> <li>- Especiarias;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumo de maçã;</li> <li>- Bananas;</li> <li>- Arroz cozido;</li> <li>- Tapioca;</li> <li>- Pão/ Torradas;</li> <li>- Batata;</li> <li>- Cenoura;</li> <li>- Farinha de aveia;</li> <li>- Massa.</li> </ul>

Quadro 1 – Efeito dos alimentos no efluente (UOAA, 2011, RNAO, 2009; CAET, 2005)

Após as primeiras 6 a 8 semanas, a pessoa colostomizada pode retomar a dieta que fazia antes da realização da OEI. Fazendo uso de bom senso, tudo é permitido. Nestas pessoas existe o risco de obstipação pelo que em caso de necessidade a dieta deve ser alterada, reforçando a ingestão de alimentos que favoreçam a eliminação intestinal. Poderão ser utilizados laxantes orais se as alterações na dieta não forem o suficiente para retomar o padrão de eliminação. Supositórios e enemas não são recomendados (RNAO, 2009; CAET, 2005).

Na pessoa com uma ileostomia poderá ser necessário fazer alguns ajustes na sua dieta (maioritariamente relacionados com a perda aumentada de líquidos, sódio e potássio). Para prevenir a desidratação, o aporte de água deve ser aumentado. Se não houver indicação contra do médico, estas pessoas deverão aumentar um pouco a quantidade de sal na sua dieta. É também importante que ingiram alimentos ricos em potássio como a banana, o tomate, a batata, o alperce ou a abóbora (RNAO, 2009; CAET, 2005).

Alguns alimentos são mais ricos em sódio e potássio, pelo que se passam a descrever no quadro 2.

<b>Alimentos ricos em sódio</b>	<b>Alimentos ricos em potássio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sal de cozinha;</li> <li>- Caldos;</li> <li>- Bacon;</li> <li>- Queijo cheddar;</li> <li>- Presunto,</li> <li>- Picles;</li> <li>- Pizza congelada;</li> <li>- Salsichas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banana;</li> <li>- Alperces secos;</li> <li>- Leite;</li> <li>- Sumo de laranja;</li> <li>- Pêssegos;</li> <li>- Tomate;</li> <li>- Abóbora;</li> <li>- Batata cozida;</li> <li>- Batata frita;</li> <li>- Cereais de farelo.</li> </ul>

Quadro 2 – Alimentos ricos em sódio e potássio (RNAO, 2009)

## **2) Higiene**

Na educação para a saúde relativa aos cuidados de higiene da pessoa ostomizada deverá ser-lhe dito que (CAET, 2005):

- Pode optar por realizar a sua higiene com ou sem dispositivo aplicado (se optar por tomar banho com o dispositivo, deverá ter o cuidado de colocar um selante no respirador do saco);
- Pode tomar banho de chuveiro ou de imersão (pode optar por tomar banho de imersão num período do dia em que saiba que à partida o intestino não irá funcionar).

## **3) Eliminação**

Ao realizar educação para a saúde relativa aos novos padrões de eliminação à pessoa idosa com OEI e sua família, deverá ser-lhe explicado:

- Qual o seu tipo de ostomia e as características da mesma (para que possa estar desperta para qual será o funcionamento esperado da sua ostomia, e para que possa identificar sinais de alterações no mesmo);
- Quais as características de um estoma saudável e alterações previstas no mesmo nas primeiras 6 a 8 semanas (alterações nas dimensões e forma do estoma).

## **Tipos de Ostomias**

As OEI têm diferentes denominações, de acordo com a sua localização anatómica, que se passam a descrever no quadro 3.

Estomas	Função	Localização	Denominação
Digestivos	Eliminação	Ileon	Ileostomia
		Cólon ascendente	Cecostomia/Colostomia ascendente
		Cólon transverso	Transversostomia
		Cólon descendente	Colostomia descendente/Sigmoidostomia

Quadro 3 - Denominação das ostomias (Burch, 2012; Pontieri-Lewis, 2006)

O padrão de eliminação e as características das fezes estão relacionados com a localização da ostomia.

Tipo de Ostomia	Localização mais comum	Características do efluente
<b>Ileostomia</b>	Lado direito do abdômen	Efluente líquido a pastoso, É esperado que seja necessário despejar o dispositivo 4 a 6 vezes ao dia. O volume do efluente poderá oscilar entre os 750 e os 1000 ml/dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência. A cor do efluente pode variar em resposta aos alimentos.
<b>Colostomia ascendente</b>	Lado direito do abdômen	Efluente semilíquido a pastoso, É esperado que seja necessário despejar o dispositivo 4 a 6 vezes ao dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência.
<b>Transversostomia</b>	Lado esquerdo ou direito do abdômen	Fezes pastosas a semi-sólidas. É esperado que seja necessário trocar o dispositivo várias vezes ao dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência.

<b>Tipo de Ostomia</b>	<b>Localização mais comum</b>	<b>Características do efluente</b>
<b>Colostomia descendente</b>	Lado esquerdo do abdómen	Fezes semi-sólidas ou moldadas. É esperado que seja necessário trocar o dispositivo 1 a 2 vezes ao dia. Podem ocorrer vários episódios de flatulência.

Quadro 4 – Ostomias e características do seu efluente (Burch, 2012; Pontieri-Lewis, 2006)

### **Características do estoma**

No período pós-operatório, o estoma pode apresentar-se edemaciado, deverá ser vermelho, húmido e brilhante, sendo estas as características que um estoma saudável deve apresentar. Um estoma sangra facilmente quando friccionado (por exemplo durante a higiene), devendo este sangramento cessar de uma forma rápida (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

A sua forma pode ser redonda ou oval. Pode apresentar-se plano (ao mesmo nível que a pele), retraído (o estoma apresenta-se abaixo do nível da pele), ou com uma proeminência entre 1,5 e os 2,5 cm (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

É esperado que o estoma mude de tamanho (diminua), e forma nas primeiras 6 a 8 semanas após a intervenção cirúrgica, pelo que as medidas de recorte nos dispositivos de eliminação deverão ser avaliadas semanalmente e ajustadas (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

### **4) Vestuário**

Ao realizar educação para a saúde relativa ao vestuário a ser usado pela pessoa ostomizada, deverá ser-lhe explicado que (CAET, 2005):

- Não há necessidade de mudança do mesmo, e que se necessário poderão ser feitas pequenas adaptações para que os dispositivos passem despercebidos por debaixo da roupa;

- Deve ser tido em consideração que não deverá usar vestuário apertado na zona do estoma, devendo evitar que a zona de aperto da roupa se situe na localização do mesmo.

## Referências Bibliográficas

- Burch, J. (2005). The pre and postoperative nursing care for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*. 14 (6). 310-318. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Burch, J. (2012). Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal of Community Nursing*. 16(8). 366-373.
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*. 6 (8). 14-23. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *Medsurg Nursing*. 15 (4). 199-202. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)
- The Canadian Association for Enterostomal Therapy (CAET), (2005). *A Guide to Living with an Colostomy*. Acedido a 15/12/2014. Disponível em: <http://www.caet.ca/caet-english/education-colostomy-guide.htm>
- Canadian Association for Enterostomal Therapy (CAET), (2005). *A Guide to Living with an Ileostomy*. Acedido a 15/12/2014. Disponível em: <http://www.caet.ca/caet-english/education-ileostomy-guide.htm>
- United Ostomy Association of America (UOAA). (2011). *Diet and Nutrition Guide*. United Ostomy Associations of America, Inc. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: <http://www.ostomy.org/Home.html>





### **APÊNDICE III - Seguimento em Consulta de Enfermagem de Estomaterapia**



## **Seguimento em Consulta de Enfermagem de Estomaterapia**

Relativamente a este assunto deverá ser explicado à pessoa idosa e sua família que será acompanhamento por uma enfermeira estomoterapeuta, e que este acompanhamento se fará pelo menos pelo período de um ano, e sempre que se justifique ou seja necessário.

O protocolo de atendimento em Consulta de enfermagem de estomaterapia<sup>1</sup> é:

- Primeira consulta 8 ou 15 dias após a alta, consoante as necessidades identificadas;
- Follow-up seguinte ao 1º mês após a cirurgia;
- Follow-up seguinte ao 3º meses após a cirurgia;
- Follow-up seguinte 6 meses após a cirurgia;
- Follow-up seguinte 12 meses após a cirurgia e posterior alta.

Deve ser tido em consideração que o acompanhamento é feito de acordo com as necessidades da pessoa idosa e família, pelo que poderão ocorrer alterações no acompanhamento destas pessoas.

<sup>1</sup> Dados Consulta de Enfermagem de Estomaterapia



#### **APÊNDICE IV – Dispositivos de Eliminação**



## **Dispositivos de Eliminação**

Ao realizar educação para a saúde no período pré-operatório, relativa aos dispositivos de eliminação a serem usados pela pessoa idosa ostomizada, deverá ser explicado:

- Tipos de dispositivos existentes (se possível ter amostras para que a pessoa idosa e família possam observar);
- Forma de aplicar e remover os dispositivos de eliminação (de uma forma sucinta).

### **Tipos de Dispositivos de Eliminação**

A escolha dos dispositivos de eliminação deve ser feita tendo em consideração a localização do estoma, o seu tamanho e forma, e a sua localização anatômica. Aspectos como a destreza manual, a visão, o nível de atividade física e a preferência da pessoa ostomizada, devem ser tidos em consideração (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

Existem no mercado várias opções de dispositivos (peça única ou de 2 peças), e material acessório (protetores cutâneos, função barreira, entre outros).

Os dispositivos de peça única são, como o próprio nome indica, um sistema onde a placa protetora adesiva e o saco estão completamente unidos formando uma peça só. Existem dispositivos com medidas pré-determinadas e com medidas recortáveis, para que possam ser adaptados à forma e tamanho do estoma. Estes podem ser transparentes ou opacos, sendo mais discretos os últimos, pois não permitem a visualização do conteúdo fecal. Estes sistemas são maleáveis, adaptando-se mais facilmente à pele da pessoa ostomizada. Por terem menor volume, passam mais facilmente despercebidos por debaixo da roupa (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

Os dispositivos de duas peças são formados por uma placa protetora adesiva que adere à pele, e por um saco coletor com um anel que permite encaixá-lo no anel da placa. Este sistema permite que seja trocado o saco coletor, sem mudar a placa protetora adesiva. Os sacos adaptáveis às placas protetoras adesivas, podem ser opacos ou transparentes, de drenagem (através de clip ou velcro), ou fechados (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

As placas podem ser planas ou convexas. O uso de placas convexas está indicado nos estomas planos ou retraídos, pois a convexidade das placas ao exercer pressão na pele periestomal, vai tornar o estoma mais saliente, ajudando a diminuir a fugas de fezes. Também está indicado o seu uso em abdômens muito moles ou na presença de depressões, ou pregas na pele periestomal (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

Quando este sistema é escolhido, deve ser tido em consideração se a pessoa ostomizada/ pessoa significativa consegue adaptar facilmente o sistema de 2 peças.

### **Tipos de material acessório**

O material acessório pode ser dividido em várias categorias, que se passam a descrever no quadro 1.



<b>Categoria</b>	<b>Descrição do produto</b>	<b>Indicações</b>	<b>Observações</b>
<b>Pó</b>	- Habitualmente é utilizado pó de Karaya.	- Absorver a humidade proveniente da pele macerada, favorecendo a aderência da placa à pele; - Ajudar a eliminar vestígios de pasta.	- Não deve ser usado em pele sã; - Remover o excesso de produto antes de fixar o dispositivo.
<b>Material de preenchimento</b>	- Pasta - Anéis (recortados ou moldáveis).	- Preencher os contornos da pele em redor do estoma para criar um isolamento confortável e à prova de fugas; - Para adicionar convexidade a uma barreira.	- A maioria das pastas contém álcool.
<b>Protetores cutâneos</b>	- Spray; - Toalhetes.	- Melhorar a aderência dos dispositivos à pele; - Proteger a pele periestomal das fezes.	- Habitualmente não contém álcool.
<b>Gelificador de efluente</b>	- Saquetas	- Solidificar fezes líquidas nos sacos de ostomia, diminuindo o risco de fugas durante o período noturno	- Uso em ileostomias; - Aplicar no saco de ostomia.
<b>Removedor de adesivo</b>	- Spray - Toalhetes	- Remover de forma rápida e indolor os adesivos e seus resíduos.	- Não aplicar em peles maceradas ou com lesões.
<b>Anti odores</b>	- Saquetas	- Neutralizar os odores	- Aplicar nos sacos de ostomia
<b>Cinto</b>	- Cinto	- Aumentar a estabilidade da barreira protetora.	
<b>Cinta de contenção</b>	- Cinta	- Contenção abdominal em situações de hérnias periestomais e prolapsos	

Quadro 1 – Tipos de material acessório (Burch, 2014; RNAO, 2009; Pontieri-Lewis, 2006)

## Referências Bibliográficas

- Burch, J. (2005). The pre and postoperative nursing care for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*. 14 (6). 310-318. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Burch, J. (2014). Optimal support systems for patients with stomas – an opinion piece. *Nursing: research and Reviews*. 4, 55-64. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*. 6 (8). 14-23. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *Medsurg Nursing*. 15 (4). 199-202. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

## **APÊNDICE V – Higiene do Estoma e Pele Periestomal**



## **Higiene do Estoma e Pele Periestomal**

Ao realizar educação para a saúde relativa aos cuidados de higiene ao estoma e pele periestomal, deverá ser explicado:

- Que os cuidados devem ser realizados a cada mudança do dispositivo;
- Como realizar os cuidados de higiene ao estoma e pele periestomal;
- Qual o material necessário para realização dos cuidados de higiene.

### **Material necessário para a realização dos cuidados de higiene**

O material necessário para a realização de cuidados de higiene ao estoma é (Burch, 2012):

- Água;
- Sabão com pH neutro;
- Esponja/pano macio;
- Protetor cutâneo/clara de ovo.

### **Cuidados de Higiene ao estoma e pele periestomal**

Os cuidados de higiene ao estoma e pele periestomal devem ser feitos aquando da mudança dos dispositivos de eliminação. A higiene deve ser feita com água morna e sabão com pH neutro, fazendo uso de uma esponja macia/compressa para limpar a pele. Após, a pele deve ser bem seca, se necessário pode ser aplicado um protetor cutâneo ou clara de ovo.

### **Referências Bibliográficas**

Burch, J. (2012). Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal of Community Nursing*. 16(8). 366-373.



## **APÊNDICE VI – Alterações Sensoriais, Motoras e Cognitivas na Pessoa Idosa**





## **Alterações sensoriais, motoras e cognitivas na pessoa idosa**

As alterações anatómicas e fisiológicas associadas ao envelhecimento iniciam-se muitos anos antes do aparecimento dos primeiros sinais exteriores. Muitas destas alterações começam a manifestar-se a partir dos 40 anos e continuam até à morte (Berger & Mailloux-Poirier, 1995)

O sistema nervoso é um dos mais afetados pelo processo de envelhecimento. Este começa por volta dos 50 anos e afeta todas as estruturas nervosas. As alterações no sistema nervoso refletem-se em todos os aspetos do comportamento da pessoa, no entanto as mais importantes estão relacionadas com o movimento, equilíbrio, eficácia do funcionamento mental e funções sensoriais. A maior parte das pessoas idosas tem perdas acentuadas ao nível do olfato, paladar, ouvido, visão, assim como alterações na perceção da dor e temperatura (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As alterações visuais estão relacionadas com a diminuição da acuidade visual, dificuldade de adaptação quando a luz é fraca, presbiopia (diminuição da capacidade de distinguir nitidamente os objetos próximos), redução marcada da visão noturna e redução da acomodação aos clarões e à iluminação súbita (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A maior parte das perdas auditivas são mais seletivas do que absolutas e totais. O problema mais frequente é a presbiacusia e caracteriza-se pela incapacidade de ouvir determinados sons - sobretudo sons agudos, podem surgir também sensações auditivas anómalas, denominadas acufenos (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As alterações no sistema locomotor são as que aparecem mais rapidamente, mudando não só a aparência e a estrutura física, mas também o funcionamento do organismo. Atingem os músculos, os ossos, as articulações e o conjunto de tecidos de suporte (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Todos os músculos, em especial os do tronco e os das extremidades, atrofiam-se com o tempo, levando a uma deterioração do tônus muscular e a uma perda de potência, força, endurance e agilidade. A maior perda de força a nível muscular ocorre nos antebraços, pernas e dorso. O tremor das mãos, braços e face é um fenómeno frequente nas pessoas idosas, assim como as alterações na motricidade fina (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

As articulações também sofrem mudanças relacionadas com a calcificação e ossificação dos ligamentos, ao mesmo tempo que as articulações tornam-se mais pequenas. Algumas articulações tornam-se menos flexíveis, outras pelo contrário tornam-se mais flexíveis e hiperelásticas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Com o envelhecimento é normal que ocorra a diminuição de algumas funções cognitivas, representando um dos medos mais frequentes na pessoa idosa. À medida que se envelhece, as aptidões cerebrais diminuem, ao passo que aptidões como as de integração melhoram. Na maior parte das pessoas idosas o desempenho cognitivo mantém-se intacto, e as mudanças intelectuais estão relacionadas com a modificação de algumas funções como a memória, o tempo de reação e a percepção (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A diminuição da memória a curto prazo pode influenciar o processo de aprendizagem. A pessoa idosa pode apresentar dificuldade em reter informações na memória de curto prazo, bem como na evocação de lembranças recentes. Também as alterações na organização da informação podem condicionar a aprendizagem. A pessoa idosa pode ter dificuldade em organizar a informação recebida, o que pode também influenciar a sua memória (Pinto & Botelho, 2007; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A pessoa idosa conserva as suas capacidades psico-motoras, mas o seu sistema sofre um abrandamento geral, o que influencia o seu tempo de reação a diferentes estímulos. Vários fatores podem influenciar o tempo de reação nas pessoas idosas, nomeadamente a diminuição da acuidade visual e auditiva, diminuição da resposta motora a um estímulo sensorial, perda de memória recente, ausência de contactos sociais significativos e a doença (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

## **Referências Bibliográficas**

- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Pinto, A.M. & Botelho, M.A. (2007). Fisiopatologia do Envelhecimento. In A. M. Pinto (Coordenadora). *Fisiopatologia: Fundamentos e Aplicações*. Lisboa: LIDEL

## **APÊNDICE VII – Marcação do Estoma**



## **Marcação do Estoma**

A seleção e marcação do local para a realização de um estoma, é um procedimento que deve ser realizado em todas as pessoas com indicação para realização de uma ostomia. O principal objetivo deste procedimento é garantir que o estoma fica situado na melhor localização possível: acessível e visível à pessoa (Cronin, 2014).

As implicações de um estoma mal posicionado e a forma como afeta a qualidade de vida da pessoa, assim como o seu bem-estar físico, psicológico e emocional devem ser tidas em consideração. É essencial que a região abdominal seja examinada de forma minuciosa, e que a pessoa e sua família/pessoa significativa sejam incluídas na tomada de decisão sobre a localização do mesmo (Cronin, 2014).

A correta localização de um estoma permite aumentar a probabilidade de independência no autocuidado e no retomar dos hábitos de vida da pessoa, prevenindo complicações na pele e no estoma, problemas de adesividade dos dispositivos de ostomia, dores e dificuldades na escolha de vestuário (Cronin, 2014).

Assim, é imperativo que a marcação do estoma seja feita em todas as pessoas com cirurgia eletiva marcada, e desejável que seja feito nas cirurgias de urgência (Cronin, 2014).

### **Fatores a ter em consideração aquando da marcação de um estoma (Cronin, 2014):**

#### **- Avaliação física:**

Antes da marcação de um estoma, deve ser feita uma avaliação da mobilidade, destreza, visão e capacidade mental da pessoa. Devem ser também avaliadas incapacidades como a perda de um membro, o uso de cadeira de rodas e o uso de próteses.

Deve ser observado o vestuário e estilo de roupa que a pessoa usa. É importante definir o nível na linha da cintura em que são usadas roupas como calças e saias, pois idealmente o estoma deverá localizar-se abaixo desta.

- Avaliação da região abdominal:

Nesta avaliação deverá ser identificado o músculo abdominal recto, pois o estoma deverá localizar-se preferencialmente nesta área. O uso deste músculo ajuda a diminuir o risco de hérnia periestomal e prolapsos do estoma.



Figura nº 1-Localização músculo abdominal recto

Deve ser pedido à pessoa que adote várias posições, nomeadamente deitada, sentada, inclinada e em pé. Estas posições permitem identificar irregularidades na pele e superfície abdominal, reduzindo assim o potencial de complicações pós-operatórias.

Aspetos como o envelhecimento da pele, perda de elasticidade e rugas podem contribuir para que a pele não seja completamente lisa. Se a localização escolhida apresentar numerosas rugas, é necessário puxar a pele para cima antes de marcar a zona escolhida.

Deverá ser também avaliada a existência de doenças de pele, tais como psoríase ou eczema, pois estas podem influenciar a escolha dos dispositivos de eliminação a usar posteriormente.

**Como marcar o estoma (Cronin, 2014):**

O primeiro passo na marcação de um estoma passa por pedir consentimento verbal à pessoa que irá ser submetida à realização de uma ostomia.

Após, deverá ser identificado o músculo abdominal recto e traçada uma linha imaginária entre a região umbilical e a crista ilíaca direita ou esquerda (consoante a ostomia a ser realizada), e marcado o local do estoma a 1/3 do umbigo e 2/3 da crista ilíaca.

Seguidamente, deverá ser pedido à pessoa para se colocar nas posições mencionadas anteriormente, para assegurar que o local escolhido é o mais apropriado. Se existirem rugas, pregas ou irregularidades, pode-se alterar a localização posicionando o local do estoma mais para cima, para baixo ou para os lados, consoante a necessidade.

Devem ser evitados alguns locais, como:

- Umbigo;
- Proeminências ósseas;
- Cicatrizes;
- Cintura;
- Sob seios descaídos;
- Hérnias;
- Rugas, pregas na pele.

Depois da escolha do local do estoma ser feita, é importante perguntar à pessoa se este é visível e se acha que se adequa a si. Quando for alcançado o consenso, deve-se marcar o local do estoma com caneta dermatográfica e tapar o mesmo com um penso à prova de água.

## **Referências Bibliográficas**

Cronin, E. (2014). stoma siting: why and how to mark the abdomen in preparation for surgery. *Gastrointestinal Nursing*. 12 (3), 12-19





**APÊNDICE VIII – *Checklist* de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa e  
Família**



Vinheta do doente

## **Checklist de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família**

Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **PRÉ-OPERATÓRIO**

1. Consulta de Enfermagem Pré-operatória:

☐ Sim ☐ Não

2. Educação para a Saúde:

☐ Sim ☐ Não

Temas: \_\_\_\_\_

3. Identificação\*:

- Cuidador Familiar:
- Rede de Recursos:

☐ Sim ☐ Não  
☐ Sim ☐ Não

4. Identificação de Alterações na Pessoa Idosa\*:

- Sensoriais/Motoras:
- Cognitivas:

☐ Sim ☐ Não  
☐ Sim ☐ Não

5. Marcação do estoma

☐ Sim ☐ Não

Motivo: \_\_\_\_\_

\* Ver folha de Avaliação Inicial

## PÓS-OPERATÓRIO

### 1. Educação para a Saúde:

Focos de Enfermagem a trabalhar com a pessoa ostomizada/ Cuidador Familiar		Sessões de Educação						
		Data	Data	Data	Data	Data	D	A
		Cliente	Cliente	Cliente	Cliente	Cliente		
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	- Alimentação							
	- Exercício							
	- Absorção de medicação							
	- Identificação de complicações							
<b>Auto Controlo Continência Intestinal</b>	- Dispositivos							
	- Instruir utilização de dispositivos							
	- Treinar utilização de dispositivos							
<b>Eliminação Intestinal</b>								
<b>Auto cuidado: Vestir-se</b>								
<b>Auto cuidado: Higiene</b>								
<b>Maceração (cuidados de higiene à pele)</b>								
<b>Desidratação</b>								
<b>Aquisição de dispositivos e material acessório/Legislação</b>								
<b>Outros _____</b>								

### 2. Referenciação para a RNCCI

☐ Sim ☐ Não

### 3. No dia de alta a pessoa ostomizada realiza os autocuidados de uma forma:

- ☐ Dependente  
☐ Parcialmente Dependente  
☐ Independente

### 4. Marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

☐ Sim ☐ Não

Data \_\_/\_\_/\_\_

### 5. Carta de alta para Enfermeiro de Família/ Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários:

☐ Sim ☐ Não

Nome do Enfermeiro \_\_\_\_\_

#### Legenda

**D** – Demonstrado (Conhecimento)      **A** – Apto (Intervenções do tipo Instruir e Treinar)

**X** – Pessoa ostomizada      **O** – Cuidador familiar      **⊗** - Pessoa ostomizada + cuidador familiar

## **APÊNDICE IX – Complicações Precoces no Estoma e Pele Periestomal**



Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Hemorragia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadequada hemóstase durante a construção do estoma;</li> <li>- Elevada tração do estoma;</li> <li>- Patologias do foro hematológico, surtos da doença de Crhon, uso de anti-inflamatórios e quimioterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia superficial ou excessiva por um ponto da sutura mucocutânea;</li> <li>- Hemorragia pelo lúmen do estoma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a origem da hemorragia (mucosa ou lúmen do estoma);</li> <li>- Identificar a causa da hemorragia (traumatismo associado à limpeza do estoma, troca do dispositivo ou recorte apertado do mesmo);</li> <li>- Se hemorragia visível na sutura mucocutânea aplicar compressão local;</li> <li>- Solicitar avaliação pela enfermeira estomaterapeuta e/ou médico assistente, se necessário.</li> </ul>
<b>Descolamento mucocutâneo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiente fixação do estoma à pele;</li> <li>- Deficiente mobilização do mesentério, com subsequente tração do estoma;</li> <li>- necrose;</li> <li>- processos de infecção;</li> <li>- Características da pessoa (peso, idade, medicação, antecedentes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separação da mucosa intestinal da pele periestomal;</li> <li>- Pode ser parcial ou circunferencial (em toda a circunferência do estoma).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se descolamento parcial: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Observação/vigilância do estoma;</li> <li>. Lavagem da zona com soro fisiológico (SF);</li> <li>. Isolamento da zona (se possível), para que encerre por segunda intenção;</li> <li>. Suporte e ensino à pessoa/cuidador familiar;</li> <li>. Adaptação/mudança para um dispositivo mais adequado – convexo;</li> <li>. Solicitar avaliação pela enfermeira estomaterapeuta e/ou médico assistente.</li> </ul> </li> <li>- Se descolamento circunferencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Solicitar avaliação médica (poderá ser necessário correção cirúrgica).</li> </ul> </li> </ul>

Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Edema do estoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frequente no pós-operatório imediato, pela mobilização e manipulação do intestino;</li> <li>- Orifício da parede abdominal ser mais pequeno que o diâmetro do intestino;</li> <li>- Tração excessiva, e pela pressão exercida pelo travessão para manter e fixar o estoma à parede abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estoma adquire um aspeto pálido, translucido e frágil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar compressas com SF frio (não gelado);</li> <li>- Aplicar açúcar ou solução glicosada no estoma;</li> <li>- Aumentar o diâmetro do recorte do dispositivo para evitar ulceração ou compressão do estoma;</li> <li>- Observação/vigilância das características do estoma para despiste de complicações (isquémia);</li> <li>- Solicitar avaliação pela enfermeira estomaterapeuta e/ou médico assistente, se necessário.</li> </ul>
<b>Necrose/Isquémia do estoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pontos de fixação demasiado tracionados;</li> <li>- Compressão pelo orifício da parede abdominal (processo embólicos, edema, compressão pelo travessão de suporte ou distensão abdominal);</li> <li>- Processo mais frequente no pós-operatório imediato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações na coloração da mucosa (do vermelho escuro, castanho necrótico ou preto);</li> <li>- Estoma apresenta-se flácido ou duro e seco;</li> <li>- A isquémia/necrose podem ser circunferenciais, em uma parte do estoma ou atingir o estoma na sua totalidade;</li> <li>- A isquémia/necrose podem ser distais ou estender-se até à cavidade peritoneal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lesão limitada a uma parte do estoma: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Observação/vigilância das características do estoma (na maior parte das vezes, a regeneração da mucosa processa-se naturalmente);</li> <li>. Solicitar avaliação pela enfermeira estomaterapeuta e/ou médico assistente (se necessário);</li> </ul> </li> <li>- Se lesão extensa: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Observação/vigilância das características do estoma;</li> <li>. Solicitar avaliação médica (poderá ser necessário intervenção cirúrgica).</li> </ul> </li> </ul>



Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Afundamento/Retração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiente fixação do estoma;</li> <li>- Necrose do estoma;</li> <li>- Extração precoce do travessão de suporte;</li> <li>- Aumento de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afundamento: deslize do intestino abaixo do nível da pele;</li> <li>- Retração: defeito côncavo no abdómen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação/vigilância das características do estoma e o seu diâmetro;</li> <li>- Alteração do dispositivo para um convexo;</li> <li>- Nivelar se necessário a pele com pasta;</li> <li>- Recomendar o uso de cinto;</li> <li>- Solicitar avaliação pela enfermeira estomaterapeuta e/ou médico assistente (poderá ser necessário correção cirúrgica se o afundamento chegar ao peritoneu).</li> </ul>
<b>Maceração/Dermatite de contacto</b> (Uma das complicações mais frequentes, com maior expressão nas pessoas ileostomizadas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por irritação (contacto com efluente, material plástico do dispositivo, sudorese, adesivos);</li> <li>- Por reação alérgica (adesivos, material plástico do dispositivo, produtos de limpeza);</li> <li>- Por traumatismo na remoção do dispositivo (remoção do dispositivo de uma forma desaquada).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eritema;</li> <li>- Edema;</li> <li>- Vesiculação;</li> <li>- Erosões;</li> <li>- Fissuras;</li> <li>- Exsudação;</li> <li>- Ardor;</li> <li>- Dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação/vigilância das características da pele periestomal;</li> <li>- Identificação do agente causal;</li> <li>- Verificar o recorte do dispositivo e ajustar se necessário;</li> <li>- Aplicar protetores cutâneos ou pó, de acordo com as características da lesão;</li> <li>- Solicitar avaliação pela enfermeira estomaterapeuta, se necessário.</li> </ul>

Complicações	Causas	Características	Intervenções de Enfermagem
<b>Prolapso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura excessiva da parede abdominal, decorrente da técnica cirúrgica;</li> <li>- Aumento da pressão intra-abdominal (tosse, carcinomatose, aumento de peso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exteriorização excessiva do intestino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação/vigilância das características do estoma para despiste de lesões;</li> <li>- Reduzir o edema, se presente;</li> <li>- Reduzir o prolapso (com a pessoa deitada e durante a inspiração, “empurrar” de forma delicada o intestino para a cavidade abdominal);</li> <li>- Verificar se, e que alterações serão necessárias fazer ao dispositivo utilizado (se este lesionar a mucosa);</li> <li>- Solicitar avaliação pela enfermeira estomaterapeuta e/ou médico assistente, se necessário.</li> </ul>

Quadro 1 – Complicações precoces no estoma e pele periestomal (RNAO, 2009; Coloplast )

## **Referências Bibliográficas**

Coloplast. *Manual para o Profissional de Saúde – Informações sobre Complicações em Ostomias*. Retaguarda

RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)



**APÊNDICE X – Medição do Estoma, Otimização dos Dispositivos e Adaptação e  
Remoção dos Mesmos**



## **Medição do Estoma, Otimização dos Dispositivos e Adaptação e Remoção dos Mesmos**

A mudança dos dispositivos deve ser feita de acordo com as características dos mesmos e em SOS. Os dispositivos de peça única deverão ser mudados diariamente, ao passo que nos dispositivos de duas peças, as placas deverão ser trocadas a cada 3-4 dias e os sacos diariamente (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

Na mudança do dispositivo devem cumprir-se os seguintes passos (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005):

- Reunir o material necessário (dispositivos, tesoura, esponja/compressa, água, sabão, material acessório);
- Remover suavemente o dispositivo (de cima para baixo), segurando a pele abdominal com a outra mão;
- Limpar e secar a pele periestomal e estoma (tendo o cuidado de não realizar muita fricção no estoma, pois sangra facilmente);
- Medir o estoma e recortar o dispositivo de peça única/placa até ter as dimensões e forma adequadas (idealmente 2 a 3 mm maior que o estoma);
- Se a pele periestomal apresentar uma superfície irregular e/ou com depressão, deve-se aplicar pasta/ anel para nivelar a área onde será colado o dispositivo;
- Remover o papel adesivo e colar o dispositivo na pele (adaptar de baixo para cima);
- Nos dispositivos de peça única, após adaptar o dispositivo, deverá colocar-se a mão sobre o mesmo por um período de mais ou menos 1 minuto para que adira à pele;
- Nos dispositivos de 2 peças, após adaptar a placa deverão ser realizados movimentos circulares com o dedo no interior da mesma por um período de mais ou menos 1 minuto para que fique bem adaptada à pele.
- Lavar as mãos.

É esperado que o estoma mude de tamanho (diminua), e forma nas primeiras 6 a 8 semanas após a intervenção cirúrgica, pelo que as medidas de recorte nos dispositivos de eliminação deverão ser avaliadas semanalmente e ajustadas (Fulham, 2008; Pontieri-Lewis, 2006; Burch, 2005).

## Referências Bibliográficas

- Burch, J. (2005). The pre and postoperative nursing care for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*. 14 (6). 310-318. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*. 6 (8). 14-23. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *Medsurg Nursing*. 15 (4). 199-202. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>



## **APÊNDICE XI – Alterações na Absorção de Medicação**



## Alterações na Absorção de Medicação

A pessoa com ileostomia ou colostomia pode sofrer alterações no processo de absorção de medicação, por causa do tamanho reduzido do intestino. Este aspecto é particularmente pertinente na pessoa com uma ileostomia, pois a maioria dos medicamentos são absorvidos no íleo (RNAO, 2009).

A presença de vestígios de medicamentos nas fezes deve ser um sinal de alerta para a pessoa ostomizada, pois evidencia a necessidade de prescrição de fórmulas alternativas de ação rápida tais como: comprimidos não revestidos, cápsulas de gelatina, soluções ou suspensões, para maximizar a absorção terapêutica (RNAO, 2009).

Assim, deverá ser realizada educação para a saúde sobre esta temática, para que a pessoa com uma ostomia consiga identificar a presença de vestígios de medicação nas fezes, e possa tomar as medidas necessárias para corrigir esta situação.

A pessoa com uma ostomia deve também ser educada acerca das alterações que a medicação pode provocar nas características das fezes, nomeadamente alterações no odor, cor e consistência das fezes.

## Medicação e funcionamento das ostomias

Grupo	Medicamento	Tipo de Ostomia	Observações
Analgésicos	Salicilatos	Ileostomia	- Tomar com as refeições para absorção; - Evitar comprimidos revestidos, devido à absorção prolongada;
		Colostomia	- Se as fezes apresentarem uma tonalidade rosada ou vermelha, pode indiciar uma hemorragia intestinal

<b>Grupo</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Tipo de Ostomia</b>	<b>Observações</b>
<b>Analgésicos</b>	Opioides	Ileostomia	- Pode engrossar as fezes; - Pode originar íleo paralítico;
		Colostomia	- Pode provocar obstipação, com necessidade do uso de laxantes;
<b>Corticosteroides</b>	Cortisona	Ileostomia Colostomia	- Retenção de sódio; - Possível infecção fúngica por supressão do sistema imunitário;
<b>Antiácidos</b>	Produtos com magnésio, cálcio ou alumínio	Ileostomia Colostomia	- Contraíndicado na oclusão intestinal, hemorragia rectal; - Pode provocar diarreia, obstipação; - Pode causar descoloração ou coloração “salpicada” das fezes; - Uso crónico pode originar dependência na função intestinal;
<b>Diuréticos</b>		Ileostomia	- Pode provocar desequilíbrio eletrolítico;
<b>Antibióticos</b>		Ileostomia Colostomia	- Náuseas, vômitos, diarreia moderada a severa; - Enterocolite, mucosite; - Colite pseudomembranosa (rara); - Rush na pele periestomal;
<b>Antifúngicos</b>		Ileostomia Colostomia	- Infecção do trato gastro intestinal; - Mau cheiro nas fezes;
<b>Anticoagulantes</b>	Heparina Varfine	Ileostomia Colostomia	- Presença de sangue nas fezes; - Diarreia; - Aumento do sangramento na mucosa estomal;
<b>Antidiarreicos</b>		Ileostomia Colostomia	- Obstipação, náuseas, vômitos, anorexia; - Íleo paralítico

Grupo	Medicamento	Tipo de Ostomia	Observações
Vitaminas		Ileostomia	- Os comprimidos revestidos podem não ser absorvidos;
		Colostomia	- A vitamina C pode provocar irritação da pele periestomal; - De uma forma geral as vitaminas podem aumentar o odor das fezes.

Quadro 1 - Medicação e funcionamento das ostomias (UOAA, 2011; RNAO, 2009)

### Referências Bibliográficas

- RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)
- UOAA, (2011). *Diet and Nutrition Guide*. United Ostomy Associations of America, Inc. Acedido a 16/07/2014. Disponível em. <http://www.ostomy.org/Home.html>



## **APÊNDICE XII – Legislação e Aquisição de Material**





## **Legislação aplicável à pessoa ostomizada**

### **Lei n.º 9/89, de 2 de Maio - Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência**

As pessoas ostomizadas, são consideradas pessoas com deficiência, dentro dos parâmetros definidos pela Lei n.º 9/89, de 2 de Maio (Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência).

Estas pessoas, enquanto portadoras de tipos e graus de deficiência diversos, possuem os mesmos direitos, liberdades e garantias consagrados constitucionalmente para os restantes cidadãos, como nomeadamente, o direito à qualidade de vida, o direito à liberdade e à segurança, o direito ao trabalho, à segurança social, à habitação, à educação e formação profissional.

Na Lei n.º 9/89, de 2 de Maio, estão definidos os princípios a que deve obedecer o desenvolvimento global da política de reabilitação, assim como das políticas sectoriais, nomeadamente da Saúde, Educação, Transportes e Habitação. Assim, o Estado consagra-se como primeira entidade a quem incumbe a prevenção da deficiência e a garantia de observância dos princípios nela contidos, em colaboração com as famílias, as organizações não-governamentais e as próprias pessoas com deficiência.

Para a pessoa ostomizada, as áreas mais pertinentes estão relacionadas com os transportes, a habitação, a saúde, o emprego e formação profissional, a educação, a fiscalidade e a segurança social, pelo que as passamos a descrever:

#### **1) Transportes:**

- O decreto-lei n.º 103-A/90, de 22 de Março (alterado pelo decreto-lei n.º 259/93, de 22 de Julho e Lei n.º 10-B/96, de 25 de Março), veio permitir a aquisição de automóveis ligeiros com isenção de imposto automóvel, a pessoas que sejam portadoras de uma deficiência motora igual ou superior a 60%, ou de uma multideficiência igual ou superior a 90%;
- Com vista a facilitar o estacionamento, pode ser requisitado à Direcção-Geral de Viação, um dístico de identificação nos termos da Portaria n.º 878/81, de 1 de Outubro;

- A Portaria n.º 849/94, de 22 de Setembro, veio a instituir a obrigação do uso de cinto de segurança nos veículos automóveis, quer nos bancos dianteiros, quer nos traseiros. No entanto, este diploma prevê que estão isentas de utilizar os cintos as pessoas que não o possam utilizar por razões graves de saúde, devendo para o efeito apresentar um atestado médico passado pela autoridade de saúde da área da sua residência. O modelo do referido atestado foi aprovado pelo Despacho n.º 43/94, de Sua Excelência o Ministro da Saúde

## 2) Habitação:

- Com o objetivo de permitir a aquisição ou construção de casa própria, por pessoas com grau de deficiência igual ou superior a 60%, foram estabelecidas condições de acesso ao crédito nos mesmos termos dos trabalhadores das instituições de crédito nacionalizadas, através do Decreto-lei n.º 230/80 de 16 de Julho

## 3) Saúde:

- A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) estipulou a cobrança de taxas moderadoras, fixadas pelo decreto-lei n.º 54/92, de 11 de Abril (com as alterações inseridas pelo decreto-lei n.º 287/95, de 30 de Outubro). Doentes do foro oncológico e pessoas portadoras de alguma deficiência, encontram-se isentas do pagamento de taxas;
- O acompanhamento de pessoas com deficiência durante o internamento hospitalar, tornou-se possível com a entrada em vigor da Lei n.º 109/97, de 16 de Setembro. Esta lei permite o acompanhamento por um familiar, seja ascendente, ou descendente, ou cônjuge ou equiparado.

## 4) Fiscalidade:

- A nível de IVA, é concedido ao contribuinte com deficiência isenção na importação de automóveis ligeiros de passageiros ao abrigo do decreto-lei n.º 103-A/90, bem como

na sua revenda, beneficiando do pagamento de taxa reduzida nos bens referidos no n.º 2.5 e 2.6 da Lista I anexa ao Código do IVA.

#### 5) Segurança Social:

- Através dos Decretos-lei n.º 160/80 (alterado pelo Decreto-lei n.º 133-C/97, de 30 de Maio) e 133-B/97 de 30 de Maio, foi estabelecido um sistema mínimo de proteção social. Relativamente às pessoas com deficiência, é de salientar o subsídio mensal vitalício concedido a pessoas com deficiência com mais de 24 anos de idade.

#### 6) Avaliação da Incapacidade:

- O Decreto-lei n.º 202/96, de 23 de Outubro, alterado pelo Decreto-lei n.º 174/97, de 19 de Julho, estabelece o regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência e o multuso dos atestados que são passados.

#### 7) Acessibilidade:

- O Decreto-lei n.º 129/91, de 2 de Abril, veio realçar o atendimento preferencial que deve ser dado nesses locais às pessoas com deficiência.

### **Despacho 25/95, Ministério da Saúde, Diário da República, II Série, n.º 213 de 14-09-1995 - Comparticipação de material de Ostomia pelo Serviço Nacional de Saúde**

Este despacho vem definir a comparticipação a atribuir pelo Serviço Nacional de Saúde aos utentes com necessidade de adquirir sacos de ostomia. Desde que foi publicado em 1995, não houve nenhum outro despacho que viesse alterar ou revogar o presente, pelo que alguns valores ainda se encontram em escudos. Este prevê que:

1 - A prescrição dos sacos e acessórios é da competência do médico especialista ou do médico de família responsável pelo doente;

2 - Os sacos de colostomia e ileostomia são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde em 90% do seu custo, com o limite de 400\$ por saco;

3 - Os acessórios para os sacos de ostomia são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde em 90% do seu custo;

4 - A comparticipação referida nos números anteriores destina-se aos utentes do Serviço Nacional de Saúde e poderá ser anualmente ajustada atendendo à evolução dos preços dos sacos de ostomia.

### **Outros Subsistemas de Saúde:**

- Subsistema Portugal Telecom

- Este subsistema prevê uma comparticipação de 70% do valor de referência dos sistemas coletores, estipulando valores máximos mensais:

Material	Comparticipação máxima/mês
Sacos de colostomia	52,30 €/mês
Sacos de ileostomia	68,04 €/mês
Pensos de colostomia	28,80 €/mês
Pasta de colostomia	7,26 €/mês
Kits de irrigação de colostomia	19,93 €/mês

- A pessoa deverá entregar a prescrição médica dos dispositivos e um relatório médico com o primeiro pedido de comparticipação.

- A prescrição médica tem a validade máxima de 1 ano.

- As comparticipações são concedidas em alternativa ao fornecimento gratuito nos Centros Clínicos, de acordo com a opção, formulada, por escrito, pelo beneficiário.

- Subsistemas da ADSE, ADM, PSP e GNR

- Estes subsistemas prevêem uma comparticipação de 100% do valor de referência dos sistemas coletores.

- Está consagrado no ponto VIII - Meios de Correção e Compensação, da Tabela de Regime Livre que:

- 1 - Os meios de correcção e compensação constantes da tabela serão comparticipados quando prescritos por médicos no âmbito da respetiva atividade especializada.

- 2 - Quando a prescrição médica se refira a meios de correção e compensação de uso continuado e prolongado (exemplo: saco de colheita de urina, fralda para incontinente, saco de colostomia ou ileostomia, placa de colostomia e algália de uso permanente), e contenha indicação formal dessa necessidade, é dispensada a apresentação de nova prescrição no decurso de cada ano civil. O beneficiário poderá fazer prova dessa situação através de fotocópia da prescrição original.

## **Referências Bibliográficas**

Decreto-Lei n.º 230/80 de 16 de Julho (1980). Condições aplicáveis aos empréstimos destinados à aquisição ou construção de habitação própria de deficientes civis e das forças armadas. Diário da República I Série, N.º 162 (16-07-1980). 1706

Decreto-Lei n.º 129/91 de 2 de Abril de 1997. Construção de um modelo de administração pública Diário da Republica II Série, N.º 76 (02-04-1991). 1632-1635

Decreto-Lei n.º 259/93 de 22 de Julho (1993). Reformula o regime de benefícios fiscais aplicável na aquisição de veículos automóveis e cadeiras de rodas do Decreto-Lei n.º 103-A/90 de 22 de Março. Diário da República I Série N.º 170 (22-07-1993). 3950-3951

Decreto-Lei n.º 287/95 de 30 de Outubro (1995). Altera o Decreto-Lei n.º 54/92 de 11 de Abril. Diário da República I Série, N.º 251 (30-10-1995). 6755-

Decreto-Lei n.º 133-B/97 de 30 de Maio (1997). Define a proteção na eventualidade de encargos familiares do regime geral da segurança social. Diário da República I Série, N.º 124 (30-05-1997) 2624-(8)-2624-(18)

Decreto-Lei n.º 133-C/97 de 30 de Maio (1997). Procede à primeira alteração ao regime não contributivo, esquemas de prestações de segurança social, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 160/80 de 27 de Maio. Diário da República I Série, N.º 124 (30-05-1997) 2624-(18)-2624(19)

Decreto-Lei n.º 174/97 de 19 de Julho (1997). Vem alterar o regime de avaliação da incapacidade de deficientes, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro. Diário da República I Série, N.º 165 (19-07-1997) 3642-3644

Despacho n.º 25/95 de 14 de Setembro de 1995. Comparticipação a atribuir aos utentes carenciados de sacos de ostomia. Diário da República II Série, N.º 213 (14-09-1995). 11024.

<http://adm.defesa.pt/>

<https://www.adse.pt/>

<http://www.gnr.pt/> /

<http://www.psp.pt/>

<http://www.ptacs.pt/page.aspx?idContent=1334>

Lei n.º 9/89 de 2 de Maio (1989). Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Diário da República I Série, N.º 100 (02-05-1989) 1796-1799

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da República I Série, N.º 195. (24-08-1990) 3459-6464

Lei n.º 109/97 de 16 de Setembro (1997). Acompanhamento familiar de deficientes hospitalizados. Diário da República I Série, N.º 214 (16-09-1997). 4959-4960

Portaria n.º 878/81 de 1 de Outubro (1981). Cria painéis de identificação para os veículos afetos ao serviço de deficientes motores. Diário da República I Série, N.º 226 (01-10-1981) 2620-2623

Portaria n.º 849/94 de 22 de Setembro (1994). Regulamenta o uso de cinto de segurança pelo condutor e passageiros de veículos automóveis. Diário da República I – B Série N.º 220 (22-09-1994) 5680-5681





### **APÊNDICE XIII – Carta de Alta de Enfermagem**



## **Carta de Alta de Enfermagem**

A maior parte dos cuidados pós-operatórios e educação para a saúde na pessoa idosa, ocorre quando esta se encontra em casa. Assim, a troca de informação entre o meio hospitalar e a comunidade tem uma importância acrescida, no sentido de garantir a continuidade de cuidados, assegurando que estas pessoas e a sua família têm o apoio essencial nesta fase de ajustamento e adaptação aos seus hábitos de vida (RNAO, 2009).

Assim, a carta de alta destas pessoas deve incluir a seguinte informação (RNAO, 2009):

- Educação para a saúde realizada durante o internamento;
- Necessidade de validação e reforço de educação para a saúde na pessoa e cuidador familiar;
- Independência/dependência da pessoa nos autocuidados;
- Autonomia/dependência da pessoa na prestação de cuidados ao estoma;
- Tipo de ostomia e características do estoma e pele periestomal;
- Acompanhamento pela enfermeira estomaterapeuta e data da marcação de consulta de acompanhamento após a alta;
- Outras necessidades de acompanhamento e prestação de cuidados.

De acordo com o Despacho n.º 2784/2013, publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 36 – 20 de Fevereiro de 2013, as notas de alta de enfermagem devem conter a seguinte informação:

- Identificação do utente (nome completo, data de nascimento, sexo, nacionalidade e país de residência habitual);
- Data de admissão, data de alta médica, data de alta administrativa;
- Número de utente do Sistema Nacional de Saúde;

- Nome do enfermeiro responsável pela alta de enfermagem, endereço profissional de correio eletrónico e n.º de cédula profissional;
- Destino;
- Causas do internamento (no momento da admissão hospitalar);
- Breve descrição do internamento, assim como outros dados de seguimento necessários;
- Indicação do plano de cuidados de cuidados pós alta;
- Indicação do recurso a ventilação mecânica e a quaisquer técnicas invasivas realizadas durante o internamento hospitalar;
- Menção da existência ou não de infeção nosocomial, e o seu agente etiológico quando conhecido;
- Registo de alergias conhecidas ou sua ausência (de acordo com a norma da DGS);
- Focus de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem ativos em linguagem CIPE.

### **Referências Bibliográficas**

Despacho n.º 2783/2013 de 20 de Fevereiro (2005) Institui a informação que as notas de alta médica e de enfermagem devem conter. Diário da República, 2.ª série, N.º 36 (20/02/2013) 6908-6909;

RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

**ANEXOS**



## **ANEXO I – Folhetos Existentes no Serviço de Cirurgia Geral**





PENSE UM POUCO

Se antes da cirurgia não tinha restrições de alimentos por outras doenças como Diabetes e hipertensão , agora que tem uma

colostomia :

- não tem motivos para modificar a sua dieta
- Não precisa de alimentos especiais

Como qualquer outra pessoa, você deve fazer uma alimentação equilibrada

- “Coma um pouco de tudo”

Você é único, não é igual a ninguém

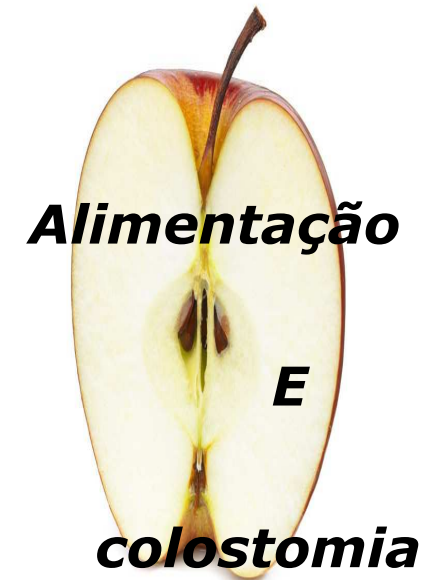
**“COMA PARA  
VIVER; NÃO VIVA  
PARA COMER”**



ESTOMATERAPIA  
Julho de 08

ENF<sup>a</sup>

Telf -



**Serviço de**

### INIBIDORES DE GASES E ODORES

IOGURTE                  SALSA          MAÇÃ

ESPINAFRES                  ALFACE

### PROVOCAM GASES

FEIJÃO, ERVILHAS, CEBOLAS, BOLOS

CERVEJA, BEBIDAS COM GAS

### IRRITANTES DO ESTOMA

FRUTA ACIDA

(ANANÁS, CITRINOS, KIWI

ESPECIARIAS (CARIL, PIRI-PIRI )

### PROVOCAM DIARREIA

LEITE, GORDURAS, DOCES, VEGETAIS



***ALIMENTAÇÃO***

***E***

***ILEOSTOMIA***

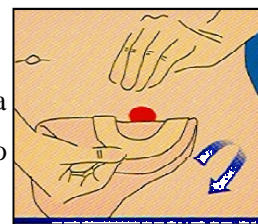
DIETISTA [REDACTED]  
SERVIÇO DE DIETÉTICA

ENF. [REDACTED]  
ESTOMATERAPIA

10-07-08

### **RETIRAR O SACO**

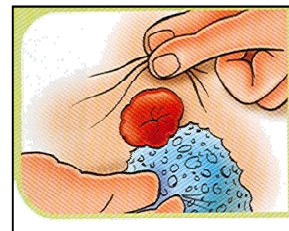
Retire o saco de forma suave, de cima para baixo, segurando a pele em volta do estoma com uma das mãos. O dispositivo deve ser mudado quando estiver a metade da sua capacidade. Coloque o dispositivo no saco de sujos.



### **LAVAR**

Lave a pele com água e sabão neutro utilizando um pano ou esponja macia. Seque bem a pele com um pano macio ou papel higiénico, sem esfregar.

O estoma pode sangrar um pouco, é normal.

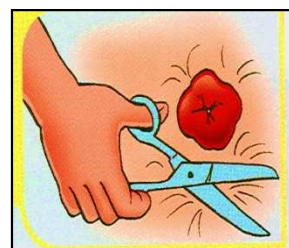


### **CORTAR OS PELOS**

Corte os pelos com uma tesoura sem pontas.

Não use cremes, pomadas ou laminas pelo perigo de provocar ferimentos ou alergias,

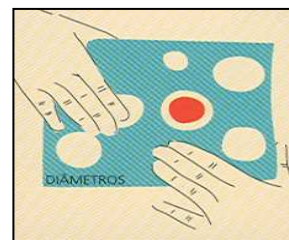
Observe bem a pele e o estoma.



### **MEDIR**

Medir o estoma e cortar o dispositivo .

Resneite a medida e forma do estoma evitando deixar fezes em contacto com a pele

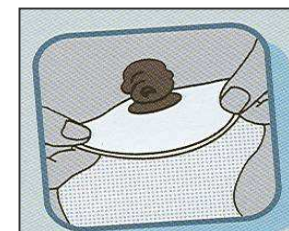


### **COLAR O SACO**

Cole o novo saco de baixo para cima e pressione suavemente com a palma da mão em redor do estoma.

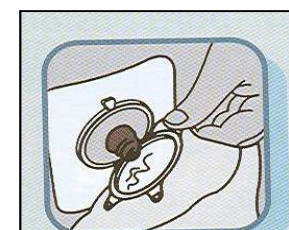
Inicialmente deve fazê-lo em frente ao espelho para assegurar a sua correcta colocação.

Puxe suavemente o saco verificando que está bem colado



Se usa um sistema de 2 peças, cole a placa a seguir junte o saco e verifique se está bem adaptado.

A placa pode permanecer cerca de 4 dias se esta se mantiver bem colada. Neste caso mude apenas o saco após a higiene diária do estoma.





**APÊNDICE XII – *Checklist* de Preparação do Regresso a Casa da  
Pessoa Ostomizada e família**



Vinheta do doente

## ***Checklist de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família***

Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **PRÉ-OPERATÓRIO**

1. Consulta de Enfermagem Pré-operatória:

☐ Sim

☐ Não

2. Educação para a Saúde:

☐ Sim

☐ Não

Temas: \_\_\_\_\_

3. Identificação\*:

• Cuidador Familiar:

☐ Sim

☐ Não

• Rede de Recursos:

☐ Sim

☐ Não

4. Identificação de Alterações na Pessoa Idosa\*:

• Sensoriais/Motoras:

☐ Sim

☐ Não

• Cognitivas:

☐ Sim

☐ Não

5. Marcação do estoma

☐ Sim

☐ Não

Motivo: \_\_\_\_\_

\* Ver folha de Avaliação Inicial

## PÓS-OPERATÓRIO

### 1. Educação para a Saúde:

Focos de Enfermagem a trabalhar com a pessoa ostomizada/ Cuidador Familiar		Sessões de Educação						
		Data	Data	Data	Data	Data	D	A
		Cliente	Cliente	Cliente	Cliente	Cliente		
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	- Alimentação							
	- Exercício							
	- Absorção de medicação							
	- Identificação de complicações							
<b>Auto Controlo Continência Intestinal</b>	- Dispositivos							
	- Instruir utilização de dispositivos							
	- Treinar utilização de dispositivos							
<b>Eliminação Intestinal</b>								
<b>Auto cuidado: Vestir-se</b>								
<b>Auto cuidado: Higiene</b>								
<b>Maceração (cuidados de higiene à pele)</b>								
<b>Desidratação</b>								
<b>Aquisição de dispositivos e material acessório/Legislação</b>								
<b>Outros _____</b>								

### 2. Referenciação para a RNCCI

☐ Sim

☐ Não

### 3. No dia de alta a pessoa ostomizada realiza os autocuidados de uma forma:

☐ Dependente

☐ Parcialmente Dependente

☐ Independente

### 4. Marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

☐ Sim

☐ Não

Data \_\_/\_\_/\_\_

### 5. Carta de alta para Enfermeiro de Família/ Enfermeiro de Cuidados de

Saúde Primários:

☐ Sim

☐ Não

Nome do Enfermeiro \_\_\_\_\_

#### Legenda

**D** – Demonstrado (Conhecimento)      **A** – Apto (Intervenções do tipo Instruir e Treinar)

**X** – Pessoa ostomizada

**O** – Cuidador familiar

**⊗** - Pessoa ostomizada + cuidador familiar



**APENDICE XIII – Guia Orientador de Preenchimento da *Checklist* de  
Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família**



**Hospital [REDACTED], EPE – Serviço de Cirurgia Geral**

**Guia Orientador de Preenchimento da *Checklist* de  
Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e  
sua Família**

**Elaborado por:**

**Magda Santos**

**(estudante do 5º curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica,**

**Vertente Pessoa Idosa)**

**Almada**

**Dezembro de 2014**

## **Introdução**

No percurso que decorre desde a tomada de conhecimento pela pessoa idosa que irá ser submetida a uma cirurgia para realização de uma Ostomia de Eliminação Intestina (OEI), até ao posterior acompanhamento em ambulatório pós-alta, o enfermeiro deve ser capaz de apoiar e compreender a perspetiva emocional desta, ajudando-a a ter consciência das suas capacidades e limitações relativamente à sua nova condição de vida, auxiliando-a a estabelecer metas realistas para as mudanças de comportamento e a atingir um dos principais objetivos que é regressar ao seu estilo de vida habitual (Macedo, 2006).

Para a adaptação da pessoa idosa com OEI ter sucesso, esta deve iniciar-se no pré-operatório, quando o apoio e a preparação psicológica desta e da sua família são essenciais. O enfermeiro deverá avaliar o conhecimento que a pessoa idosa tem da doença, sistemas de apoio, o seu nível educacional, os seus hábitos de vida e como estes podem ser afetados pela realização da cirurgia. É também importante avaliar a existência de limitações físicas e mentais que possam interferir com a capacidade da pessoa autocuidar a sua ostomia (Borwell, 2009b; Pontieri-Lewis, 2006). O enfermeiro deve ter sempre em consideração o processo de envelhecimento na avaliação da capacidade da pessoa se tornar independente no autocuidado ao seu estoma (Williams, 2008).

Na fase pós-operatória o enfermeiro juntamente com a equipa multidisciplinar vão unir esforços no sentido de promover a adaptação da pessoa idosa, fomentando o reajustamento aos seus hábitos de vida; aos autocuidados de higiene, vestir-se, eliminação, sendo de salientar o autocuidado à OEI, e o regresso a casa (Borwell, 2009a). Nesta fase a educação desempenha um papel fundamental na promoção do autocuidado à OEI. Educar a pessoa idosa requer tempo, perícia e dedicação para que esta consiga alcançar a independência e o autocuidado (Lowther, 2012), pelo que é essencial que o enfermeiro eduque e capacite a pessoa idosa para que esta desenvolva habilidades práticas para cuidar do seu estoma e pele, sistemas de eliminação e sua aquisição, e alimentação (Readding, 2005). E quando tal não for possível, capacitar a família para o fazer.

O envolvimento da família ao longo de todo o processo é fundamental, mas nesta fase é de extrema importância pois irá permitir uma transição mais tranquila do hospital para casa. O suporte familiar e a aceitação do idoso ostomizado são essenciais para o sucesso do processo de adaptação e preparação do seu regresso a casa (Williams, 2012; Borwell, 2009b).

## **Objetivos**

Este documento tem como objetivo explicitar as orientações no preenchimento da checklist de intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa ostomizada e sua família.

Com o preenchimento desta checklist, pretende-se validar que aspetos importantes na preparação do regresso a casa destas pessoas, são realizados, ao mesmo tempo que pretende contribuir para a sistematização das intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa e sua família, no regresso a casa, justificando a sua pertinência.

## **Âmbito**

Aplica-se a todas as pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos), que foram ou serão submetidas a uma intervenção cirúrgica para a realização de uma ostomia de eliminação intestinal.

## **Definições**

Família: “é quem seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, p. 48, 2009).

Cuidador familiar: “familiar, parceiro, amigo ou vizinho que mantém uma relação pessoal significativa e fornece assistência à pessoa idosa ou ao adulto com doença crónica ou incapacidade. Estas pessoas podem ser cuidadores primários ou secundários e viver em conjunto ou não com a pessoa à qual prestam cuidados” (trad. do autor, Family Caregiver Alliance, p. 5, 2006).

## Checklist de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família

Vinheta do doente

### **Checklist de Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família**

Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **PRÉ-OPERATÓRIO**

1. Consulta de Enfermagem Pré-operatória: ☐ Sim ☐ Não

2. Educação para a Saúde: ☐ Sim ☐ Não

Temas: \_\_\_\_\_

3. Identificação\*:

- Cuidador Familiar: ☐ Sim ☐ Não
- Rede de Recursos: ☐ Sim ☐ Não

4. Identificação de Alterações na Pessoa Idosa\*:

- Sensoriais/Motoras: ☐ Sim ☐ Não
- Cognitivas: ☐ Sim ☐ Não

5. Marcação do estoma ☐ Sim ☐ Não

Motivo: \_\_\_\_\_

\* Ver folha de Avaliação Inicial

## PÓS-OPERATÓRIO

### 1. Educação para a Saúde:

Focos de Enfermagem a trabalhar com a pessoa ostomizada/ Cuidador Familiar		Sessões de Educação						
		Data	Data	Data	Data	Data	D	A
		Cliente	Cliente	Cliente	Cliente	Cliente		
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	- Alimentação							
	- Exercício							
	- Absorção de medicação							
	- Identificação de complicações							
<b>Auto Controlo Continência Intestinal</b>	- Dispositivos							
	- Instruir utilização de dispositivos							
	- Treinar utilização de dispositivos							
<b>Eliminação Intestinal</b>								
<b>Auto cuidado: Vestir-se</b>								
<b>Auto cuidado: Higiene</b>								
<b>Maceração (cuidados de higiene à pele)</b>								
<b>Desidratação</b>								
<b>Aquisição de dispositivos e material acessório/Legislação</b>								
<b>Outros _____</b>								

### 2. Referenciação para a RNCCI

☐ Sim ☐ Não

### 3. No dia de alta a pessoa ostomizada realiza os autocuidados de uma forma:

- ☐ Dependente  
☐ Parcialmente Dependente  
☐ Independente

### 4. Marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia

☐ Sim ☐ Não

Data \_\_/\_\_/\_\_

### 5. Carta de transferência para Enfermeiro de Família/ Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários:

☐ Sim ☐ Não

Nome do Enfermeiro \_\_\_\_\_

#### Legenda

**D** – Demonstrado (Conhecimento)      **A** – Apto (Intervenções do tipo Instruir e Treinar)

**X** – Pessoa ostomizada      **O** – Cuidador familiar      **⊗** - Pessoa ostomizada + cuidador familiar

# **INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PREENCHIMENTO DA CHECKLIST DE PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA OSTOMIZADA E SUA FAMÍLIA**

## **Pré-operatório**

### **1. Consulta de Enfermagem Pré-operatória de Enfermagem**

Na fase pré-operatória deve-se dar início à preparação do regresso a casa destas pessoas, quer através da identificação de recursos, quer através da realização de educação para a saúde. Este é o primeiro contacto com o doente e como tal deve ser aproveitado para identificar necessidades e dificuldades que se poderão colocar no regresso a casa.

Esta permite que a pessoa idosa e família sejam parceiros nos cuidados, permite inclui-los no processo de tomada de decisão, e fomentar a autonomia no cuidado à ostomia (Lowther, 2012; Borwell, 2009a; RNAO, 2009; Fulham, 2008), sendo estes os principais objetivos a alcançar com esta consulta.

Neste ponto pretende-se que se diga se a pessoa esteve na Consulta de Enfermagem pré operatória ou não.

### **2. Educação para a Saúde**

Neste ponto pretende-se confirmar a realização de educação para a saúde, e os temas que foram abordados.

Deve ser aproveitado este tempo, sempre que possível, e sempre que a pessoa se mostre recetiva, para realizar educação para a saúde sobre (Lowther, 2012; Borwell, 2009a; RNAO, 2009; Fulham, 2008):

- Possíveis alterações nos autocuidados (alimentação, eliminação, vestuário, higiene), e estratégias de adaptação aos mesmos;
- Procedimentos pré e pós operatórios;
- O que é um estoma/características da ostomia;
- Dispositivos de eliminação;
- Higiene do estoma e pele periestomal;
- Seguimento futuro em Consulta de enfermagem de estomaterapia.



### **3. Identificação do familiar cuidador e rede de recursos**

Neste ponto pretende-se avaliar a existência ou não de um cuidador familiar que possa ajudar a pessoa na fase inicial de transição e adaptação à sua nova condição de vida.

Pretende-se também validar se foram identificadas condições sociais, rede de recursos na comunidade e posterior necessidade de encaminhamento, a fim de que durante o período de internamento se possam agilizar os eventuais apoios e encaminhamentos, para que a pessoa não saia do ambiente hospitalar sem os mesmos, ou fique internada dependente destes.

### **4. Identificação de Alterações na Pessoa Idosa**

Neste ponto deve ser confirmado se a pessoa apresenta alguma alteração sensorial, motora ou cognitiva associada ao processo de envelhecimento e/ou patologia que possa limitar o autocuidado ao estoma. Esta informação deverá estar descrita na avaliação inicial, sendo aqui validada a sua existência ou não.

As alterações sensoriais podem ser (Berger, Mailloux-Poirier &, 1995):

- Visuais (diminuição da acuidade visual e dificuldade de adaptação quando a luz é fraca; presbiopia – diminuição da capacidade de distinguir nitidamente os objetos próximos; redução marcada da visão noturna e redução da acomodação aos clarões e à iluminação súbita);
- Auditivas (a maior parte das perdas auditivas são mais seletivas do que absolutas e totais. O problema mais frequente é a presbiacusia e caracteriza-se pela incapacidade de ouvir determinados sons, sobretudo sons agudos; sensações auditivas anómalas - acufenos).

As alterações motoras estão relacionadas com (Berger, Mailloux-Poirier &, 1995):

- Atrofia dos músculos, principalmente os das extremidades (origina deterioração do tónus muscular e uma perda de potência, força e agilidade), podendo originar tremores nas mãos e braços;
- Diminuição da mobilidade de várias articulações;
- Alterações na motricidade fina.

As alterações cognitivas podem estar relacionadas com (Berger, Mailloux-Poirier &, 1995):

- Diminuição da memória a curto prazo (pode influenciar o processo de aprendizagem, os idosos sentem dificuldade em reter informações na memória de curto prazo, bem como na evocação de lembranças recentes);
- Deficiência na organização da informação (a pessoa idosa pode ter dificuldade em organizar a informação recebida);
- Aumento do tempo de reação (a pessoa idosa conserva as suas capacidades psico-motoras, mas o seu sistema sofre um abrandamento geral, o que influencia o seu tempo de reação a diferentes estímulos).

## **5. Marcação do estoma**

Este aspeto é muito importante, pois o posicionamento incorreto de um estoma pode condicionar a adaptação da pessoa à ostomia e o autocuidado ao mesmo. A marcação do estoma vai influenciar a recuperação da pessoa no pós-operatório, ao favorecer a aceitação do mesmo, e diminuindo a probabilidade de complicações associadas a este (Cronin, 2014).

Deve ser registado se foi feita marcação do estoma ou não. Se não tiver sido feita marcação, deve-se registar o motivo, por exemplo: cirurgia de urgência.

## **Pós-operatório**

### **1. Educação para a Saúde**

A elaboração deste quadro de registo foi baseada na linguagem CIPE, e no padrão SAPE utilizado no Serviço de Cirurgia Geral.

Pretende-se que vá sendo preenchido à medida que se for realizando a educação para a saúde à pessoa ostomizada e/ou cuidador familiar. Deve ser registada a data em que é realizada cada sessão de educação para a saúde, e através de simbologia (**X**- pessoa ostomizada; **O** – cuidador familiar; **⊗** - Pessoa ostomizada e cuidador familiar), registar a quem (cliente) foi realizada a educação para a saúde.

Quando o conhecimento é demonstrado, deve ser registado o dia na coluna identificada com a letra **D** (significa demonstrado).

Relativamente ao instruir e treinar a utilização de equipamento de ostomia, o princípio é o mesmo, quando a pessoa ou cuidador familiar realizarem o autocuidado com sucesso, deve-se registar o dia na coluna identificada com a letra **A** (significa apto).

Este quadro pretende que de uma forma fácil e rápida se consiga avaliar o que já foi ensinado à pessoa e cuidador familiar, o que falta reforçar e validar, e o que não foi realizado.

Os temas a serem abordados em cada foco de atenção são especificados no quadro 1

<b>Foco de Atenção</b>		<b>Temas a serem abordados</b>
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	- Alimentação	- Efeitos dos alimentos no efluente; - Introdução gradual de alimentos.
	- Exercício	- Exercícios que pode retomar; - Exercícios a evitar.
	- Absorção de medicação	- Identificação de vestígios de medicação nas fezes e como atuar.
	- Identificação de complicações	- Complicações precoces no estoma;
<b>Auto Controlo Continência Intestinal</b>	- Dispositivos	- Tipos de dispositivos e material acessório; - Medição do estoma, recorte e otimização dos dispositivos.
	- Instruir utilização de dispositivos	- Como colocar e retirar dispositivos; - Como despejar e trocar saco de ileostomia.
	- Treinar utilização de dispositivos	- Como colocar e retirar dispositivos; - Como despejar e trocar saco de ileostomia.
<b>Eliminação Intestinal</b>		- Tipo de ostomia; - Características das fezes e padrão de eliminação esperado; - Características de um estoma saudável.

<b>Foco de Atenção</b>	<b>Temas a serem abordados</b>
<b>Auto cuidado: Vestir-se</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventualmente serão necessárias pequenas adaptações do vestuário;</li> <li>- Evitar que as zonas de aperto da roupa se localizem na posição do estoma.</li> </ul>
<b>Auto cuidado: Higiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode tomar banho de chuveiro ou imersão, com ou sem dispositivos.</li> </ul>
<b>Maceração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de higiene à pele periestomal e estoma;</li> <li>- Complicações na pele periestomal</li> </ul>
<b>Desidratação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção da desidratação;</li> <li>- Sinais e sintomas de desidratação.</li> </ul>
<b>Aquisição de dispositivos e material acessório/Legislação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onde e como adquirir dispositivos;</li> <li>- Comparticipação dos dispositivos (de acordo com o subsistema de saúde);</li> </ul>
<b>Outros (Sexualidade)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço para outros temas que sejam pertinentes abordar com a pessoa, como por exemplo a sexualidade.</li> </ul>

Quadro 1 – Temas a abordar por Foco de Atenção

## **2. Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**

Neste ponto deve-se registar se houve necessidade de encaminhar a pessoa ostomizada para a RNCCI.

Em casos onde se verifique que a pessoa ostomizada e sua família, necessitem de um maior acompanhamento na prestação de cuidados, ou validação dos mesmos, estas pessoas devem ser referenciadas para a RNCCI, mais concretamente para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

## **3. No dia de alta a pessoa ostomizada realiza o autocuidado**

Registar se no dia da alta a pessoa ostomizada é independente, parcialmente dependente (se necessita de algum tipo de apoio), ou se é dependente na realização dos autocuidados.

Este aspeto é importante, pois permite-nos avaliar se as intervenções de enfermagem desenvolvidas durante o internamento (tendo presente a existência ou não de limitações sensoriais, motoras ou cognitivas), conseguiram fomentar o autocuidado na pessoa ostomizada, e se existe a necessidade de um acompanhamento mais próximo por parte de enfermagem no domicílio, após a alta

#### **4. Marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia**

Deve-se registar se foi marcada Consulta de Enfermagem de Estomaterapia, ou não, e a respetiva data.

#### **5. Carta de transferência para Enfermeiro de Família/ Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários**

Neste ponto deve-se registar se foi elaborada uma carta de transferência para o enfermeiro da Comunidade.

Pretende-se que a pessoa idosa e sua família deixem o meio hospitalar e regressem a casa com o apoio do enfermeiro da comunidade, para que este possa dar apoio, validar a educação realizada durante o internamento e ajudar nesta fase de transição e adaptação por que passa a pessoa ostomizada.

## **Conclusão**

A cirurgia para realização de uma ostomia de eliminação intestinal é um procedimento que acarreta consequências a nível físico, psicológico, social e espiritual, suscitando sentimentos de incerteza em relação ao presente e ao futuro e, sentimentos relacionados com as expectativas de vida da pessoa ostomizada, podendo provocar efeitos negativos na sua qualidade de vida (Altuntas et al, 2012; Williams, 2012; Sales et al., 2010).

A presença de uma OEI vai provocar uma transformação na vida da pessoa idosa. Exige que esta passe por um período de transição, em que será necessário a adoção de medidas adaptativas e de reajustamento aos seus hábitos de vida e autocuidados, pelo que é de vital importância que a preparação do regresso a casa destas pessoas se faça de forma precisa e rigorosa.

Segundo Pereira (2013), a preparação do regresso a casa, “(...) é um processo que deve ser iniciado o mais precocemente possível(...)” (p.33). Este deve englobar a preocupação com a saúde, bem-estar e segurança da pessoa idosa e família, sendo necessária a mobilização de recursos que capacitem a pessoa para os cuidados além da alta (Rebelo, 2012).

Na preparação para o regresso a casa da pessoa idosa e sua família deve-se assistir esta a adaptar-se e ajustar-se às mudanças que ocorrem nas várias dimensões da sua vida. Esta intervenção deve abarcar não só os cuidados à OEI, o material e os cuidados à pele, mas deve também ter em consideração os aspetos psicológicos e sociais, ajudando a pessoa a reajustar-se aos seus hábitos de vida, e a retomar uma vida ativa, com estilos de vida saudáveis (Grant *et al*, 2013).

Esta *checklist* pretende servir de apoio e orientação às intervenções de enfermagem ao longo do internamento destas pessoas, garantindo que todas as necessidades são identificadas e satisfeitas durante esse mesmo período, e assegurando que se não forem satisfeitas na sua totalidade, o encaminhamento para o enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários é realizado (Rydeman & Törnkvist, 2009).

## Referências Bibliográficas

- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. & Phaneuf, M. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Borwell, B., (2009a). Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *British Journal of Community Nursing*. 14 (8). 326-331. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Borwell, B., (2009b). Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. *British Journal of Nursing*. 18 (4). 20-25. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Cronin, E. (2014). stoma siting: why and how to mark the abdomen in preparation for surgery. *Gastrointestinal Nursing*. 12 (3), 12-19. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Family Caregiver Alliance, (2006). Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change. Vol. I
- Fulham, J. (2008). A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. *Gastrointestinal Nursing*. 6 (8). 14-23
- Lowter, C. (2012). The impact of stoma formation and enhanced recovery in the elderly. *Gastrointestinal Nursing*. 10 (8). 34-39. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Macedo, L. M. V. S.. (2006). Educação para Alta à Pessoa com Ostomia. *Revista Sinais Vitais*. 67, 51-53
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of Ostomy Care. *Medsurg Nursing*. 15 (4). 199-202. Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- RNAO, (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario. Acedido a 16/07/2014. Disponível em: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

- Rydeman, I.& Törnkvist, L. (2009). Getting prepared for life at home in the discharge process – from the perspective of the older person and relatives. *International Journal of Older People Nursing*. 254-264
- Williams, J. (2008). Caring for the older ostomate. *Nursing & Residential Care*. 10 (2). 64-67.  
Acedido a 15/05/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Williams, J., (2012). Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*. 21(13). 786-794. Acedido a 10/06/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com>
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiros e famílias – Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 4ª Edição. São Paulo: Editora Roca



**APÊNDICE XIV – Participação nas Jornadas de Doença Inflamatória  
Intestinal**



# Como Viver com um Estoma



Enfª Carla Rocha  
Enfª Magda Santos

Almada,  
16 de Janeiro de 2015

## ESTOMA :

Vem do grego stoma, stomatos



Abertura, Boca

## OSTOMIA :

Os → boca

Tomos → cortar, abrir



## Pessoa ostomizada

### Alterações Físicas

Ostomia (alteração na eliminação de fezes, o cheiro, uso de dispositivos para eliminação de fezes)

### Alterações Psicológicas

Alteração da imagem corporal (sensação de mutilação e rejeição de si próprio)

### Alterações Sociais

Isolamento (insegurança, sentimento de vulnerabilidade)

(Altuntas et al, 2012; Williams, 2012; Sales et al, 2010)

Intervenção de Enfermagem

Mais precocemente possível

Consulta de Enfermagem Pré-operatória

## Intervenções de Enfermagem no Pré- operatório

- Relação terapêutica
- Avaliação da pessoa e sua família
- **Marcação do estoma**



melhor localização possível



aumenta a probabilidade de independência no autocuidado

(Cronin, 2014; Lowther, 2012; Borwell, 2009; RNAO, 2009; Fulham, 2008)

**A quem ?**



**A todos os utentes com cirurgia intestinal á esquerda**

## Intervenções de Enfermagem no Pós- operatório

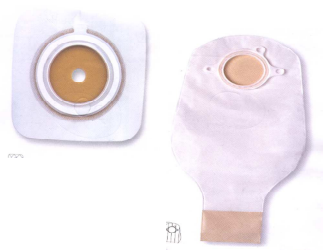
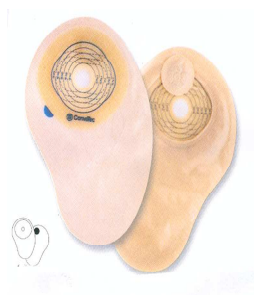
- **Educação para a Saúde**

Início 48/72 horas pós cirurgia (logo que o utente reúna condições)

Observar a atitude do utente/família face á ostomia  
Envolver a família ?

## Educação para a Saúde

	Foco de Atenção	Temas a serem abordados
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	- Alimentação	-Efeitos dos alimentos no efluente (colostomia/ileostomia); - Introdução gradual de alimentos.
	- Exercício	- Exercícios que pode retomar; - Exercícios a evitar.
	- Absorção de medicação	- Identificação de vestígios de medicação nas fezes e como atuar.
	- Identificação de complicações	- Complicações precoces no estoma;
<b>Auto Controlo Continência Intestinal</b>	- <u>Dispositivos</u>	- Tipos de dispositivos e material acessório; - Medição do estoma, recorte e otimização dos dispositivos.
	- Instruir utilização de dispositivos	- Como colocar e retirar dispositivos; - Como despejar e trocar saco de ileostomia.
	- Treinar utilização de dispositivos	- Como colocar e retirar dispositivos; - Como despejar e trocar saco de ileostomia.



Foco de Atenção	Temas a serem abordados
Eliminação Intestinal	- Tipo de ostomia; - Características das fezes e padrão de eliminação esperado; - Características de um estoma saudável.
Auto cuidado: Vestir-se	- Eventualmente serão necessárias pequenas adaptações do vestuário; - Evitar que as zonas de aperto da roupa se localizem na posição do estoma.
Auto cuidado: Higiene	- Pode tomar banho de chuveiro ou imersão, com ou sem dispositivos.
Maceração	- Cuidados de higiene à pele periestomal e estoma diariamente; - Complicações na pele periestomal
Desidratação	- Prevenção da desidratação; - Sinais e sintomas de desidratação.
Imagem Corporal	- Reforçar a ideia que o corpo é apenas uma parte da pessoa e que é importante reconhecer todos os outros aspetos da sua personalidade;
Aquisição de dispositivos e material acessório/Legislação	- Onde e como adquirir dispositivos; - <a href="#">Comparticipação dos dispositivos (de acordo com o subsistema de saúde);</a>
Outros (sexualidade)	- Espaço para outros temas que sejam pertinentes abordar com a pessoa, como por exemplo a sexualidade.

	S.N.S. Serviço Nacional de Saúde D.R.–Despacho 25/95 de 14 de Setembro de 1995	ADSE Protecção aos funcionários e agentes da administração pública D.R.–(2ª Serie), nº 224 de 26/09/2001
Sacos de Colostomia e Ileostomia	90% até 2 Euros	100% sem limites de quantidade e valor
Sacos de Urostomia	90% até 2,5 Euros	90% máximo 1.500 por ano e de 3,19 Euros por saco
Acessórios para dispositivos de ostomia	90%	100% sem limites de quantidade e valor
Irrigador para Colostomias	90%	100% Irrigador Coloplast–sem limites de quantidade e valor



Vinheta do doente

**Checklist de Intervenções de Enfermagem  
na Pessoa Ostomizada e Família**

Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRÉ-OPERATÓRIO**

- |                                                                    |     |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Consulta de Enfermagem Pré-operatória:                          | Sim | Não |
| 2. Educação para a Saúde :<br>Temas: _____                         | Sim | Não |
| 3. Identificação*:<br>•Cuidador Familiar:                          | Sim | Não |
| •Rede de Recursos :                                                | Sim | Não |
| 4. Identificação de Alterações na Pessoa*:<br>•Sensoriais/Motoras: | Sim | Não |
| •Cognitivas:                                                       | Sim | Não |
| 5. Marcação do estoma:<br>Motivo: _____                            | Sim | Não |

\* Ver folha de Avaliação Inicial



**PÓS-OPERATÓRIO**

**1. Educação para a Saúde:**

Focos de Enfermagem a trabalhar com a pessoa ostomizada/ Cuidador Familiar		Sessões de Educação					
		Data 1ª Sessão	Data 2ª Sessão	Data 3ª Sessão	Data 4ª Sessão	Data 5ª Sessão	
Gestão do Regime Terapêutico	- Alimentação						
	- Exercício						
	- Absorção de medicação						
	- Identificação de complicações						
Auto Controlo Continência Intestinal	- Dispositivos						
	- Instruir utilização de dispositivos						
	- Treinar utilização de dispositivos						
Eliminação Intestinal							
Auto cuidado: Vestir-se							
Auto cuidado: Higiene							
Maceração (cuidados de higiene à pele)							
Deidratação							
Imagem Corporal							
Aquisição de dispositivos e material acessório/Legislação							
Outros (sexualidade)							



**Hospital Garcia de Orta, EPE – S. Cirurgia Geral**

**Como Viver com um Estoma**

2. Referenciação para a RNCCI:

3. No dia de alta a pessoa ostomizada realiza os autocuidados de uma forma:

a) Dependente

b) Parcialmente Dependente

c) Independente

4. Marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia:

5. Carta de transferência para Enfermeiro de Família/ Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários:

Sim      Não

Sim      Não

Sim      Não

Sim      Não

Data \_\_/\_\_/\_\_

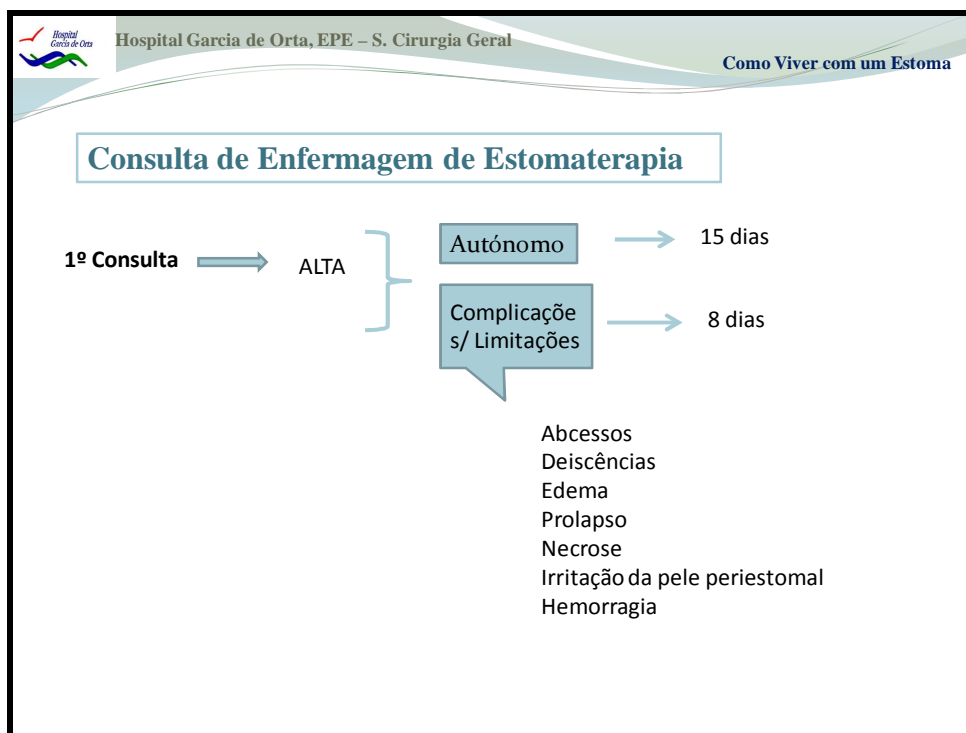
Nome do Enfermeiro \_\_\_\_\_

**Legenda**

D – Demonstrado (Conhecimento)      A – Apto (Intervenções do tipo Instruir e Treinar)

X – Pessoa ostomizada      O – Cuidador familiar      ⊗ - Pessoa ostomizada + cuidador familiar





Deiscência



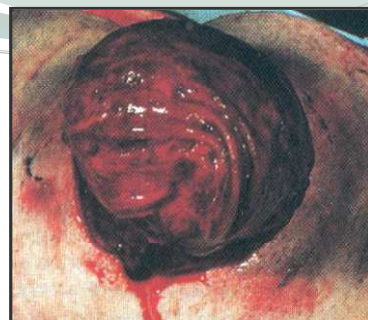
Edema



Prolapso



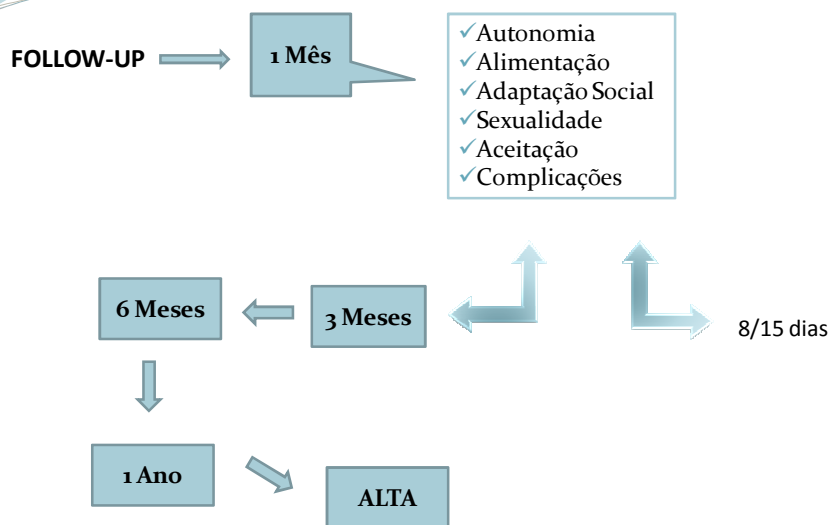
Necrose



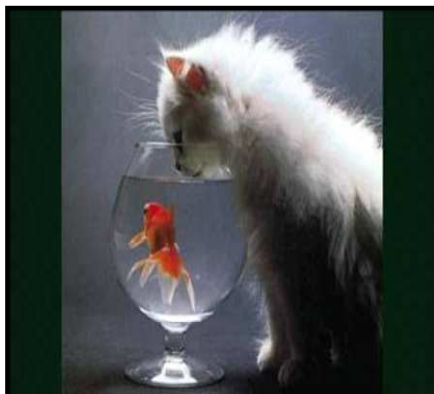
Hemorragia



Irritação da pele periestomal



*Obrigada*





**APÊNDICE XV – Análise da Segunda Auditoria aos Registos de  
Enfermagem**



## **Análise da Segunda Auditoria Realizada aos Registos de Enfermagem de Pessoas Idosas Submetidas a Ostomia de Eliminação Intestinal no Serviço de Cirurgia Geral**

A realização de auditorias aos registos de enfermagem de pessoas idosas submetidas a Ostomia de Eliminação Intestinal (OEI), decorreu entre os dias 02 e 06 de Fevereiro de 2015. Foram auditados os registos de enfermagem de pessoas que se encontravam internadas no serviço de Cirurgia Geral desde o início do mês de Janeiro, até ao dia 30 do referido mês, altura em que todos os elementos da amostra já tinham tido alta.

As auditorias foram realizadas através da *checklist*, utilizada anteriormente na primeira auditoria aos registos de enfermagem. Foram considerados os registos das intervenções assinaladas em planos de cuidados como tendo sido realizadas, e os registos escritos em notas de exceção.

Foram auditados quatro processos de enfermagem, referentes a uma pessoa do sexo feminino e três do sexo masculino. Estes tinham idades compreendidas entre os 75 e os 83 anos. A **média de idades** foi de **80 anos**, com uma **moda** de **83 anos**.

Os **dias de internamento** oscilaram entre os 5 e os 16 dias, correspondendo a uma **média** de **8,25** dias de internamento, com uma **moda** de **5 dias**.

Das quatro intervenções cirúrgicas para realização de ostomia de eliminação intestinal, três foram programadas e uma foi realizada de urgência. Destas, uma intervenção cirúrgica foi para a realização de ileostomia e três para a realização de colostomias.

Nas cirurgias programadas não se realizou Consulta de Enfermagem Pré-operatória à pessoa idosa e sua família, estando este facto relacionado com a falta de elementos na equipa de enfermagem para assegurarem a realização desta consulta. Assim, não foi realizada educação pré-operatória a nenhum destas pessoas e suas famílias.

A **marcação do local do estoma**, foi realizada nas pessoas que tinham cirurgia programada. Na cirurgia de urgência, não houve oportunidade para marcação do local do estoma pelos enfermeiros, pois a pessoa submetida a OEI só deu entrada no serviço, após ter sido operada. Assim estes dados mostram-nos que o local do estoma foi marcado pelos enfermeiros em **100% das pessoas** a serem submetidas a uma OEI, validando os resultados obtidos na primeira auditoria, e confirmando que os enfermeiros têm presente a importância da marcação do local do estoma, e que o realizam quando tem oportunidade para, pelo que é um aspeto positivo a realçar nas práticas desta equipa.

Relativamente à **identificação do cuidador familiar**, todos os processos continham esta informação, o que corresponde a uma percentagem de **100%**. Estes dados vêm também confirmar os resultados da auditoria anterior. A equipa de enfermagem tem bem enraizada a importância de se identificar o cuidador familiar.

Relativamente à **educação para a saúde** iremos referir e analisar de seguida quais os temas abordados com estas pessoas e cuidadores familiares.

Num dos processos auditados, apesar de terem sido feitos diagnósticos de enfermagem e terem sido levantadas intervenções de enfermagem, não existem registos de as mesmas terem sido realizadas. Nesta processo a única referência que foi registada relativamente à educação para a saúde, foi feita em notas de exceção, e não é especificado quais os temas abordados. Por este motivo não sabemos o que foi abordado, pelo que tivemos que considerar que não foi realizada educação para a saúde.

Este é um aspeto merecedor da atenção de todos nós, pois apesar de sabermos que houve uma intervenção de enfermagem junto desta pessoa e sua família, esta não é visível nos nossos registos, não reflete os cuidados que foram prestados a estas pessoas, e a importância da nossa intervenção junto das mesmas.



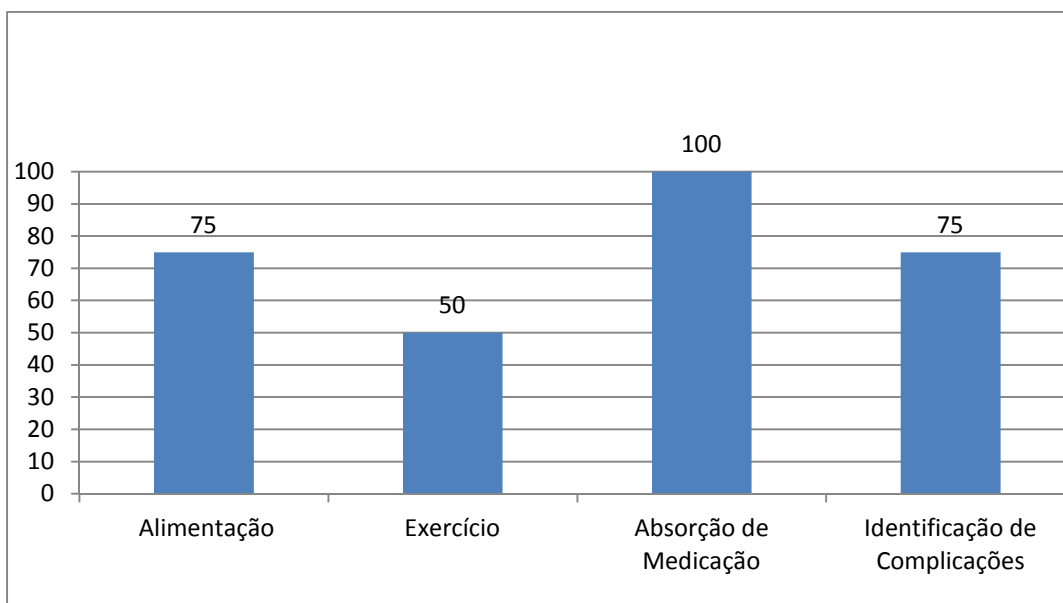


Gráfico nº 1 – Educação para a Saúde relativa à **Gestão do Regime Terapêutico**

A educação para a saúde relativa à gestão do regime terapêutico no tema alimentação foi realizada a 75% das pessoas idosas e família. Relativamente aos hábitos de exercício, este aspeto foi apenas mencionado a 50% das pessoas idosas e suas famílias. O tema relativo à identificação de complicações foi abordado com 75% das pessoas submetidas a OEI e suas famílias. Relativamente à absorção de medicação, este tema foi abordado com a pessoa ileostomizada e sua família, significando que foi realizado a 100% das pessoas.

Estes dados vêm-nos demonstrar que comparativamente com a auditoria inicial, houve uma melhoria significativa na realização da educação para a saúde junto destas pessoas. Estes dados são mais evidentes na temática da absorção de medicação, em que passamos de uma intervenção realizada a 0% das pessoas idosas e sua família, para 100%. Na identificação de complicações, também se verificou uma melhoria, tendo a intervenção sido realizada a 75% das pessoas, e anteriormente foi apenas realizada a 20% das pessoas idosas e família. Estes resultados vêm-nos demonstrar que a equipa interiorizou a importância de abordar estes temas junto destas pessoas e sua família, sendo um aspeto muito positivo a realçar.

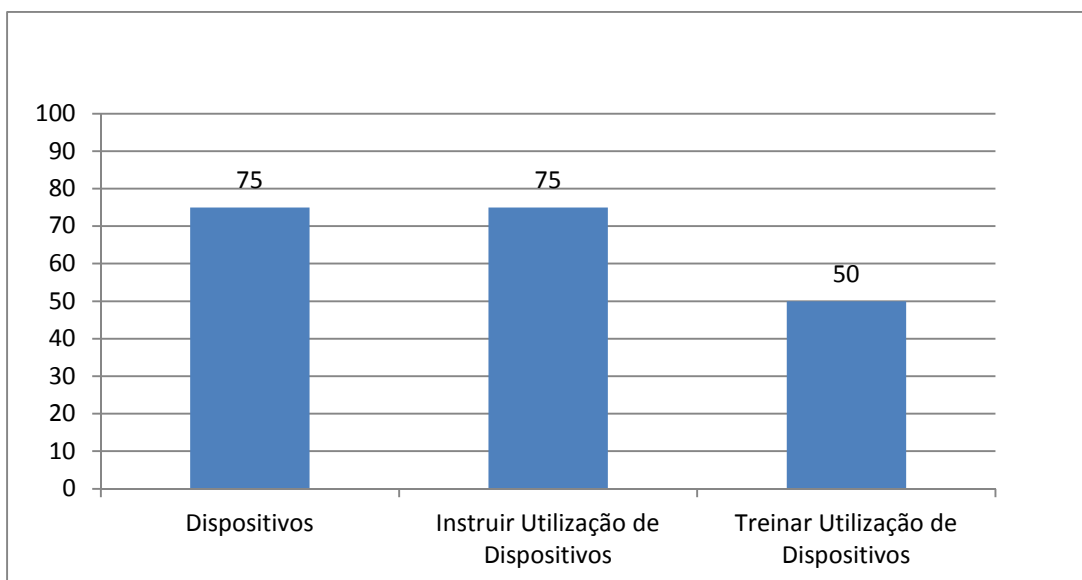


Gráfico nº 2 – Educação para a Saúde relativa ao **Auto-Controlo Continência Intestinal**

A educação para a saúde relativa ao auto-controlo continência intestinal, comparativamente com a primeira auditoria, apresenta uma diminuição na sua realização junto destas pessoas, facto que atribuímos à ausência de registos num dos processos auditados. Pelo que assumimos, que esta mantém resultados semelhantes aos da auditoria inicial.

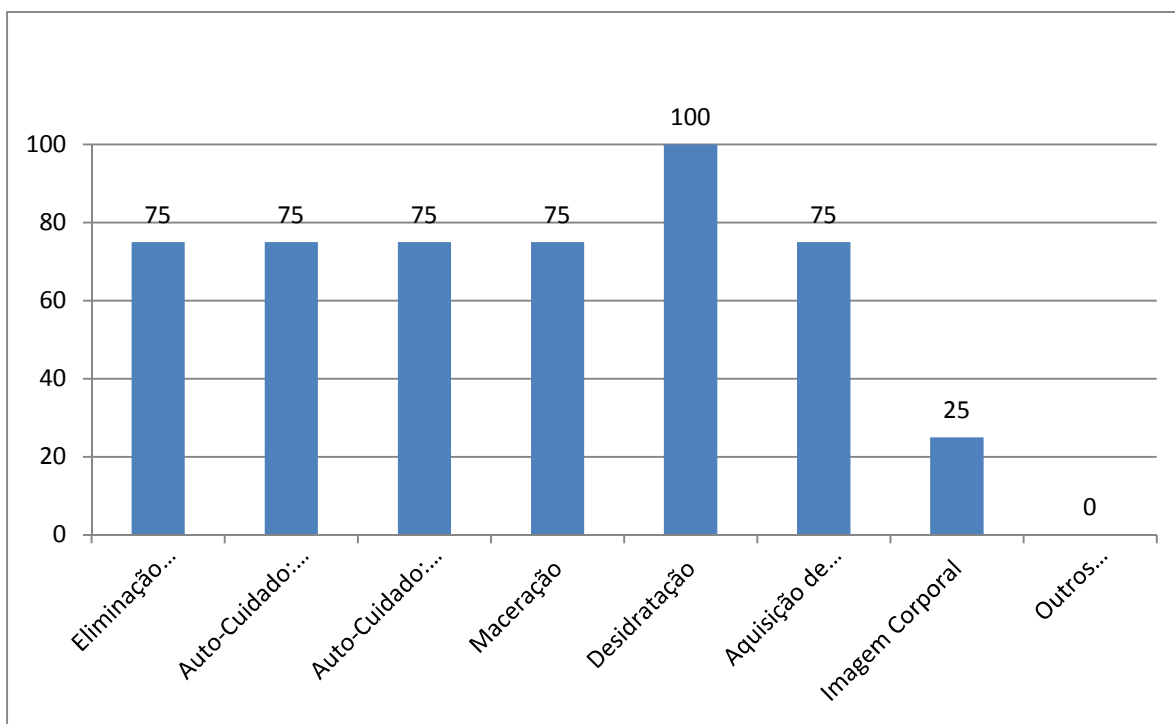


Gráfico nº 3 – Educação para a Saúde relativa a diversos **Focos de Atenção**

A realização de educação para a saúde, relativamente aos temas mencionados no gráfico nº 3, apresentou uma melhoria significativa desde a primeira auditoria. As temáticas da eliminação intestinal, auto-cuidado: vestir-se e auto-cuidado: higiene foram abordadas com 75% das pessoas idosas e família, o que significa que passamos de uma intervenção realizada a 20% das pessoas, para 75% das mesmas.

Relativamente à temática sobre a maceração, foi realizada educação para a saúde a 75% pessoas e seus familiares. Também este foi um aspeto que foi mais abordado com estas pessoas e suas famílias.

Em relação ao tema desidratação, este aplicava-se apenas a uma pessoa ileostomizada, tendo sido realizada educação, representando uma taxa de 100% de realização de educação para a saúde sobre este tema.

Nesta auditoria, já foram visíveis os registos relativos à realização de educação para a saúde sobre a aquisição de dispositivos e material

acessório/legislação, tendo este aspeto sido abordado com 75% das pessoas e seus cuidadores familiares.

Relativamente ao tema imagem corporal, este foi abordado com 50% das pessoas ostomizadas, o que nos vem mostrar que os enfermeiros têm mais presente a necessidade de apoiar a pessoa, reforçando a ideia de que o corpo é apenas uma parte da pessoa e que é importante reconhecer todos os outros aspetos da sua personalidade.

Relativamente a outros temas, como a sexualidade, não foram abordados com estas pessoas.

Estamos cientes que estes valores seriam mais elevados, não fosse a falta de registos num dos processos auditados. No entanto, mesmo assim estes dados são muito positivos, pois demonstram que estas temáticas foram mais abordadas e trabalhadas com a pessoa idosa e sua família, significando isto, que os mesmos saíram do meio hospitalar mais capacitados a fazerem as devidas adaptações e reajustamentos aos seus hábitos e estilos de vida, significando um aumento nos seus ganhos em saúde e qualidade de vida.

Relativamente à **marcação de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia**, foi marcada consulta a todas as pessoas, o que representa uma taxa de **100%** de marcação de consultas de estomaterapia. Em termos de registos de enfermagem, foi feito apenas um registo em quatro registos possíveis. Apesar de ser um número baixo, é um aspeto positivo a realçar, pois na auditoria inicial não existiam registos em nenhum dos processos auditados.

Este é um aspeto positivo a realçar novamente na equipa, pois tem presente a importância do acompanhamento pós alta destas pessoas, e a necessidade de acompanhamento especializado por uma enfermeira estomaterapeuta.

Em relação à **carta de alta para o enfermeiro de família/enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários**, esta foi elaborada a três das pessoas idosas, o que corresponde a 75% de cartas elaboradas. Destas apenas 25% menciona a

educação para a saúde realizada relativamente à ostomia, características do estoma, marcação de consulta de estomaterapia e sua data. As restantes cartas elaboradas tinham o intuito de continuidade de cuidados relativos à necessidade de cuidados relacionados com a ferida operatória, não existindo referência em nenhuma delas da necessidade ou não, de acompanhamento à pessoa e cuidador familiar relacionado com a ostomia.

Este é um aspeto que deve continuar a ser trabalhado com a equipa de enfermagem, pois o acompanhamento no domicílio é um aspeto importante nesta fase de transição, sendo os enfermeiros da comunidade um recurso disponível, e numa fase inicial de adaptação destas pessoas e suas famílias, podem ter um papel relevante na mesma

É de realçar também a importância da carta de alta conter informação relativa ao acompanhamento pela enfermeira estomoterapeuta e a data de marcação da consulta com a mesma, para que o enfermeiro da comunidade possa ter acesso a esta informação, e se necessário contactar com a enfermeira estomoterapeuta.

De uma forma geral houve uma melhoria significativa na intervenção de enfermagem na preparação do regresso a casa destas pessoas e suas famílias, e por este motivo, deve ser feito o devido reconhecimento à equipa de enfermagem, pelo trabalho desenvolvido e pela melhoria na sua intervenção e prestação de cuidados junto das mesmas.



**APÊNDICE XVI – Grelha de Auditoria à *Checklist* de Preparação do  
Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família**





Vinheta do doente

## Grelha de Auditoria à *Checklist*

Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **PRÉ-OPERATÓRIO**

1. Realizada Consulta de Enfermagem Pré-operatória: ☐ Sim ☐ Não

2. Realizada e registada Educação para a Saúde: ☐ Sim ☐ Não

Temas: \_\_\_\_\_

3. Identificado e Registado:

- Cuidador Familiar: ☐ Sim ☐ Não
- Rede de Recursos: ☐ Sim ☐ Não

4. Identificadas e registadas alterações na Pessoa Idosa:

- Sensoriais/Motoras: ☐ Sim ☐ Não
- Cognitivas: ☐ Sim ☐ Não

5. Registada marcação do estoma ☐ Sim ☐ Não

Motivo: \_\_\_\_\_

## PÓS-OPERATÓRIO

### 1. Educação para a Saúde:

Focos de Enfermagem trabalhados com a pessoa idosa ostomizada e família		Sim	Não	N/A
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	- Alimentação			
	- Exercício			
	- Absorção de medicação			
	- Identificação de complicações			
<b>Auto Controlo Continência Intestinal</b>	- Dispositivos			
	- Instruir utilização de dispositivos			
	- Treinar utilização de dispositivos			
<b>Eliminação Intestinal</b>				
<b>Auto cuidado: Vestir-se</b>				
<b>Auto cuidado: Higiene</b>				
<b>Maceração (cuidados de higiene à pele)</b>				
<b>Desidratação</b>				
<b>Aquisição de dispositivos e material acessório/Legislação</b>				
<b>Outros _____</b>				

2. Registada referenciação para a RNCCI ☐ Sim ☐ Não

3. Avaliada e registada dependência nos autocuidados ☐ Sim ☐ Não

4. Registada marcação de Consulta de Enfermagem de ☐ Sim ☐ Não

Estomaterapia

Data ☐ Sim ☐ Não

5. Registada elaboração de carta de alta para Enfermeiro de Família/  
Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários: ☐ Sim ☐ Não

**APÊNDICE XVII – Análise da Auditoria às *Checklist's* de Preparação  
do Regresso a Casa da Pessoa Ostomizada e Família**



## Análise das Auditorias Realizadas às *Checklist's* de Preparação do Regresso a casa da Pessoa Idosa Ostomizada e sua Família

A implementação da *checklist* de preparação do regresso a casa da pessoa idosa ostomizada e sua família ocorreu na segunda semana de Janeiro, no dia 12. Desde esse dia, foi aplicada a todas as pessoas idosas com ostomia de eliminação intestinal e sua família.

Foram analisadas as quatro *checklis'st* existentes nos processos auditados. Todos os parâmetros existentes nas *checklist's* foram preenchidos na sua totalidade, o que representa uma **taxa de preenchimento de 100%**.

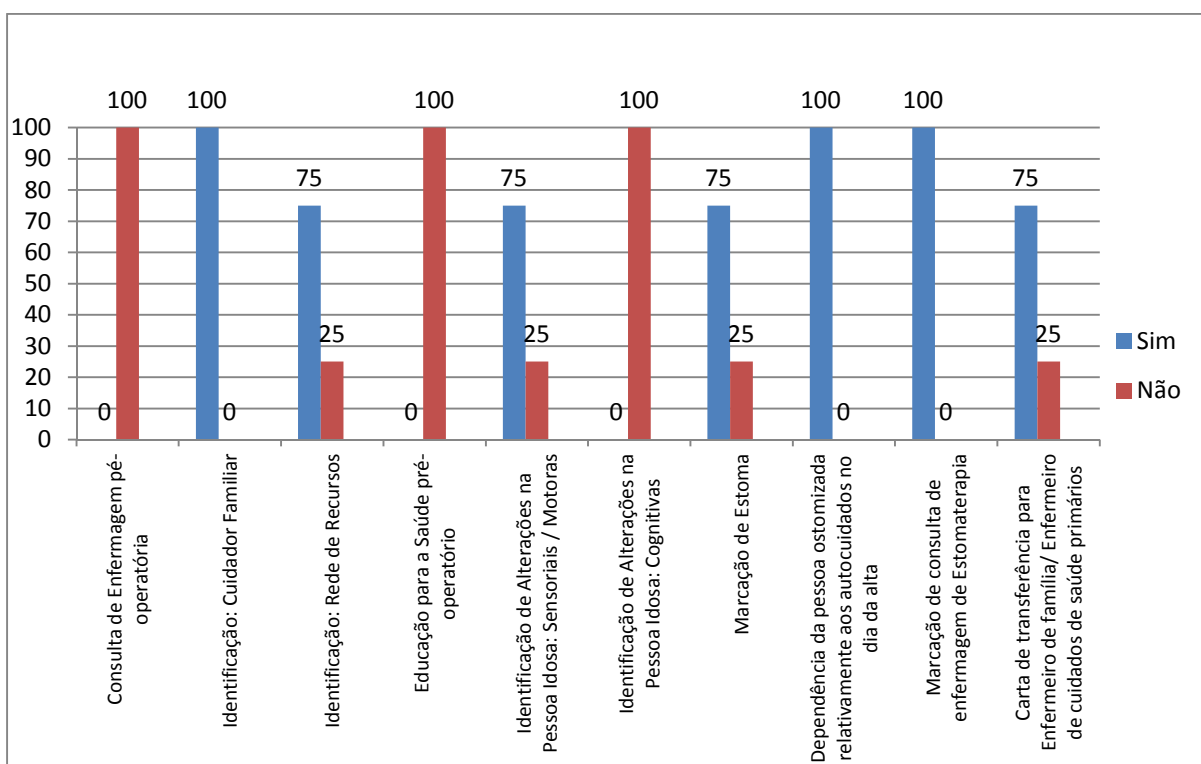


Gráfico nº 4 – Itens de preenchimento da **Checklist de preparação do regresso a casa da pessoa idosa ostomizada e sua família**

De acordo com este gráfico, confirmamos o preenchimento de todos estes itens nas quatro *checklist's* analisadas, de acordo com os aspetos mencionados nas mesmas.

Conforme documentado em registos de enfermagem, nenhuma das pessoas fez consulta de enfermagem pré-operatória; foi identificado em 100% das situações o cuidador familiar; foi identificada a rede de recursos de 75% das pessoas idosas e sua família; não foi realizada educação para a saúde pré-operatória; foi confirmada a existência de alterações sensoriais, motoras e/ou cognitivas em 75% das pessoas idosas; foi feita marcação de estoma a 75% das pessoas idosas submetidas a ostomia de eliminação intestinal e foi elaborada carta de transferência de enfermagem 75% das pessoas idosas e família.

Estes dados vêm validar os dados dos registos de enfermagem, não existindo discrepância entre os mesmos.

Relativamente à dependência ou não da pessoa idosa na realização dos autocuidados, este também foi preenchida em 100% das situações.

No ponto relativo à marcação da consulta de enfermagem, este também é registado (incluindo o dia da consulta), em 100% das *checklist's*, o que vem de algum modo contrastar com o facto de o mesmo não se verificar nos registos no processo de enfermagem destas pessoas.

Este poderá ser um aspeto a continuar a trabalhar com a equipa, no sentido de dar visibilidade no processo do doente, à marcação desta consulta e sua importância.

Relativamente à **educação para a saúde** realizada iremos referir e analisar de seguida quais os temas abordados e registados com estas pessoas e cuidadores familiares, e se os mesmos estão coincidentes com os registos nos processos auditados.

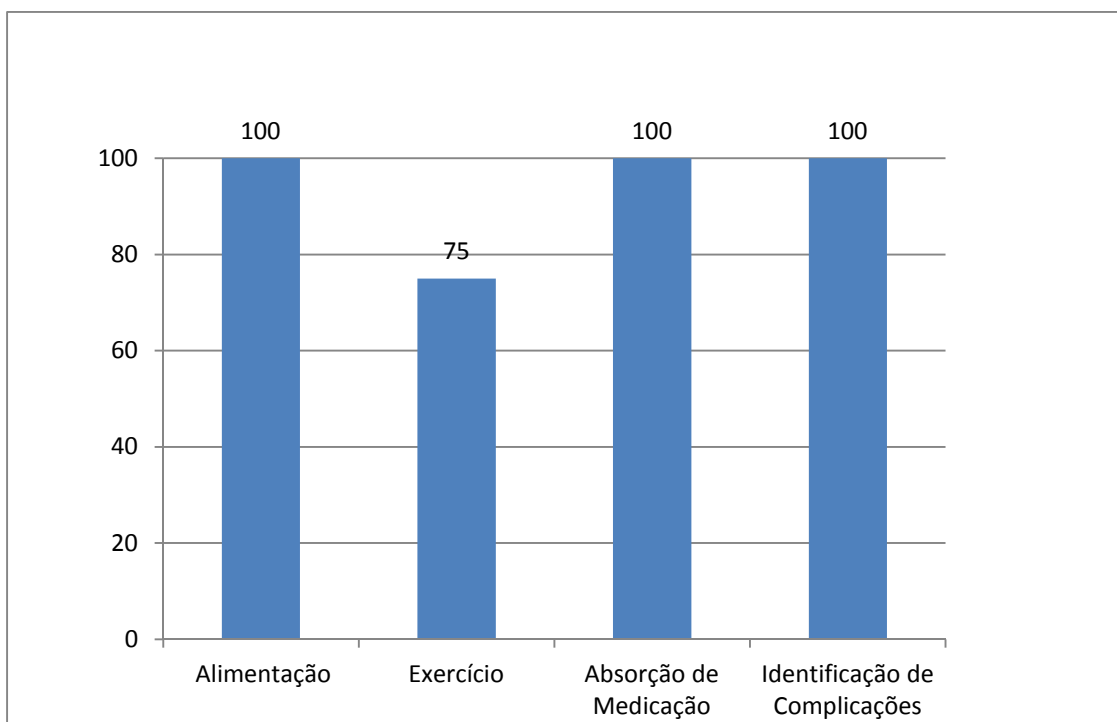


Gráfico nº 5 – Educação para a Saúde relativa à **Gestão do Regime Terapêutico**

Relativamente aos temas alimentação, exercício, absorção de medicação e identificação de complicações, constatamos que estes foram abordados na sua maioria com 100% das pessoas idosas e sua família. Estes valores não vêm de encontro aos dos registos de enfermagem (75%), são mais elevados, significando que a informação que não foi especificada no processo de enfermagem auditado, foi registada na *checklist*.

Estes resultados vêm confirmar que a equipa interiorizou a importância de abordar estes temas junto da pessoa idosa e sua família, sendo um aspeto muito positivo a realçar.

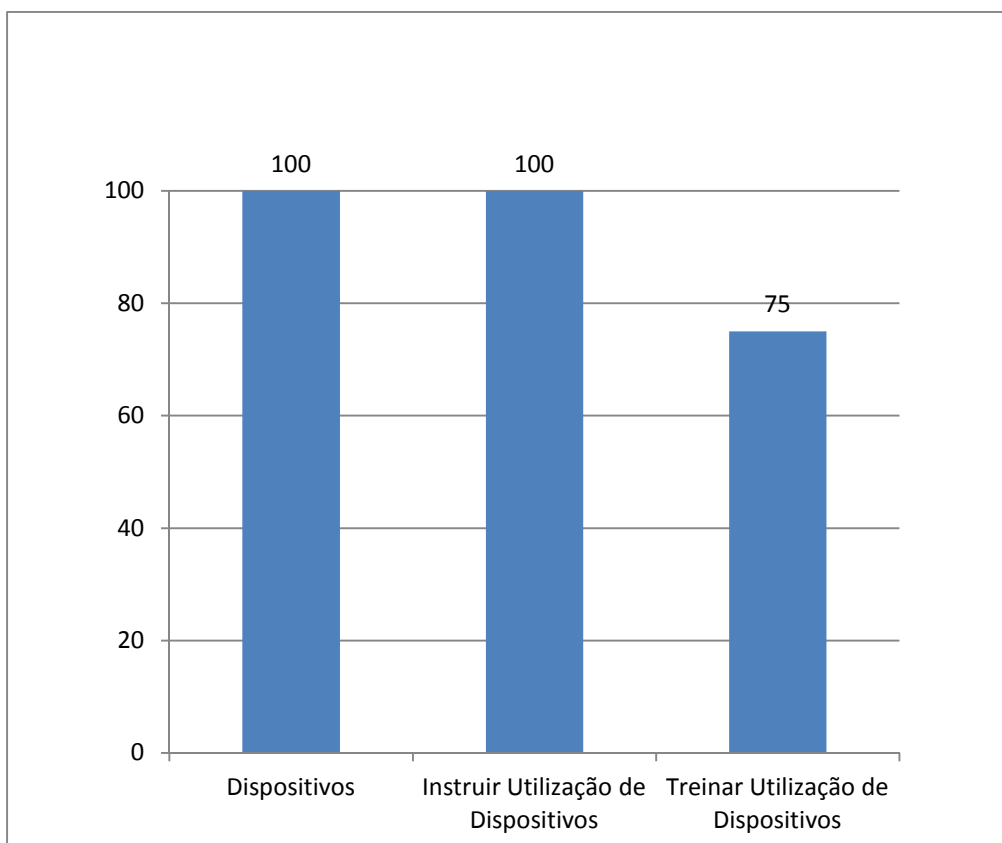


Gráfico nº 6 – Educação para a Saúde relativa ao **Auto-Controlo Continência Intestinal**

Também neste gráfico é perceptível que os valores obtidos são mais elevados comparativamente aos dados dos registos de enfermagem (75%). Sendo na sua maioria de 100% Isto é mais uma vez explicado pela ausência de registos num dos processos auditados, tendo essa informação sido registada na *checklist*.



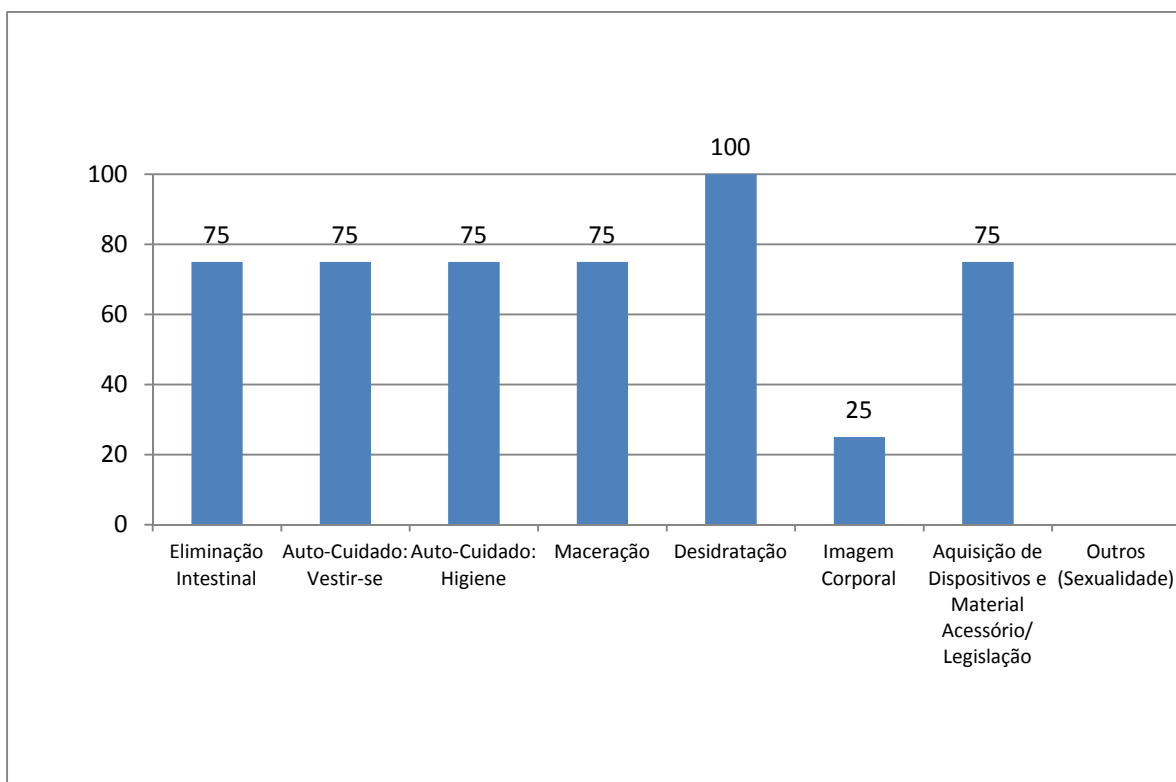


Gráfico nº 7 – Educação para a Saúde relativa a diversos **Focos de Atenção**

Relativamente aos dados referentes aos diversos focos de atenção mencionados acima, estes vêm de encontro aos dados encontrados nas auditorias realizadas aos processos de enfermagem.

De uma forma geral a informação que é registada nos processos de enfermagem, foi também especificada nas *checklist's*, excetuando a informação que foi registada numa das *checklist's*, e que não constava num dos processos de enfermagem auditados.

Este é um aspeto a ser trabalhado com a equipa, pois a *checklist* não pretende substituir os registos de enfermagem, mas sim servir de guia orientador das intervenções de enfermagem a desenvolver com estas pessoas no seu regresso a casa.

O preenchimento da *checklist* permite-nos de uma forma rápida e precisa, validar a educação para a saúde que foi realizada, a quem foi realizada e os temas que faltam abordar com a pessoa e sua família, para que possam regressar a casa

com as ferramentas necessárias para fazerem os devidos ajustes e adaptações nos seus hábitos e estilos de vida

A utilização da *checklist* ainda não foi interiorizada por todos os elementos da equipa, sendo por vezes necessário lembrar os enfermeiros da sua existência e aplicabilidade. Como estamos no percurso inicial da sua implementação, sabemos que este é um fenómeno esperado, mas contamos que dentro em breve esta passe a integrar as nossas práticas e intervenção junto destas pessoas.

**APÊNDICE XVIII – Apresentação dos Resultados da Implementação  
do Projeto no Serviço de Cirurgia Geral**



## A PESSOA IDOSA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E SUA FAMÍLIA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO REGRESSO A CASA

Magda Santos, nº 5383

Almada,  
Fevereiro, 2015

### A PESSOA IDOSA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E SUA FAMÍLIA – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO REGRESSO A CASA

Temas		I Auditoria	II Auditoria	Checklist
Gestão Regime Terapêutico	Alimentação	60%	75%	100%
	Exercício	60%	50%	75%
	Absorção Medicação	0	100%	100%
	Complicações	20%	75%	100%
Auto- Controlo Continência Intestinal	Dispositivos	100%	75%	100%
	Instruir dispositivos	100%	75%	100%
	Treinar dispositivos	80%	50%	75%
Eliminação Intestinal		20%	75%	75%
Autocuidado: Higiene		20%	75%	75%
Autocuidado: vestir-se		20%	75%	75%
Maceração		60%	75%	75%
Desidratação		50%	100%	100%

Temas	I Auditoria	II Auditoria	Checklist
Aquisição de material/Legislação	0	75%	75%
Imagem corporal	0	25%	25%
Outros/sexualidade	0	0	0



## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

### Pré-operatório

- Consulta pré-operatória:
  - . Desmistificar medos e receios,
  - . Educação para a saúde,
  - . Identificação cuidador familiar e rede de recursos,
  - . Identificação de alterações físicas, sensoriais, cognitivas
- Marcação do estoma;

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

### Pós-operatório


- Educação para a saúde individualizada;
- Preenchimento de checklist;
- Encaminhamento para enfermeiro da comunidade;
- Encaminhamentos para Enf<sup>ª</sup> estomaterapeuta

5

## Checklist



**TODAS**  
**Pessoas Ostomizadas**



**Permite avaliar se as**  
**necessidades da pessoa e família foram satisfeitas**  
**no momento da alta, e necessidade de acompanhamento**

6

## CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

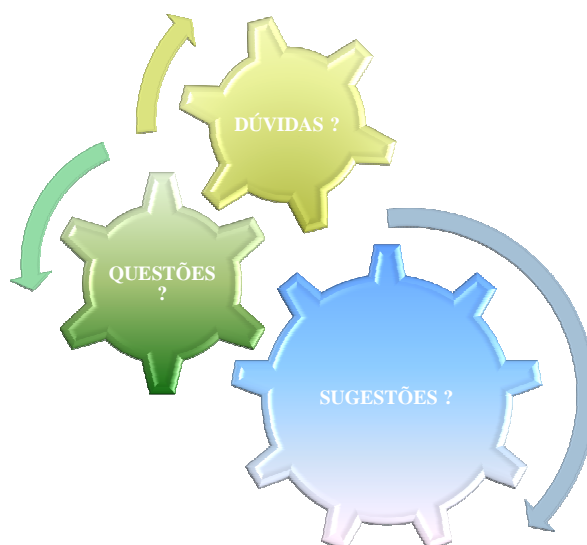


Todas pessoas ostomizadas



Dependência/  
Independência

Educação para a  
Saúde





**ANEXOS**



**ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética e Conselho de  
Administração do Hospital**



Comissão de Ética

## RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA

Tese de Mestrado em Enfermagem denominada: "Preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia de eliminação intestinal e sua Família".

O estudo acima referido cumpre todos os requisitos para ser aprovado.

**Do ponto de vista ético não vemos qualquer obstáculo ao início do estudo.**

**O estudo pode prosseguir.**

A Comissão de Ética



---

Dr. Luis Antunes

CA autuina  
2014-12.18

237  
18.12.14

Dr. Daniel Ferro  
Presidente do Conselho  
de Administração

G.O. 4812014  
ENTRADA: 26.11.2014  
SAÍDA:  
ASSIN. [assinatura]

Exmo. Presidente do  
Conselho de Administração do  
Hospital Garcia de Orta

Dra. [assinatura]  
Diretora Clínica

**Assunto:** Pedido de autorização para desenvolver o projeto de estágio no Serviço de Cirurgia Geral

Eu, Magda Brigitte Gomes Santos, Enfermeira, a exercer funções no serviço de Cirurgia II, com o número mecanográfico 22991, atualmente a frequentar o 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, Unidade Curricular Estágio com Relatório, venho por este meio, pedir autorização para desenvolver o projeto de estágio subordinado ao tema “Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Ostomia de Eliminação Intestinal e sua Família” no Serviço de Cirurgia Geral, no período de 10 de Novembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015.

Solicito também a Vossa Exa, autorização para aplicar um questionário aos enfermeiros do serviço de cirurgia geral, que irá permitir a identificação de necessidades de formação relacionadas com o tema deste projeto.

O desenvolvimento deste trabalho assumirá o compromisso com o código de ética que lhe é inerente.

Coloco-me, desde já à disposição de Vossa Exa para esclarecimentos complementares. Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,  
Almada, 20 de Novembro de 2014

Magda Brigitte Gomes Santos

**ANEXO II – *Checklist* de Auditoria aos Registos de Enfermagem do  
Serviço de Cirurgia Geral**





## Check list sape ostomizado

Código do proc.  
porc.

Data:

Auditores:

	Sim	Não	N/A	Horário		Termo		Observações
				S	N	S	N	
<b>ATITUDE TERAPÊUTICA- PROTO.PRÉ OP</b>								
Aplicar protocolo pré-op								
Informar a pessoa sobre pre-op								
Informar a pessoa sobre o pós-op								
<b>FERIDA CIRÚRGICA ( estoma)</b>								
Vigiar ferida cirúrgica								
Monitorizar ferida cirúrgica								
Executar tratamento a ferida cirúrgica								
<b>RISCO DE MACERAÇÃO (estoma)</b>								
<u><b>Enfer.</b></u>								
Trocar placa de ostomia								
Trocar saco de ostomia								
Limpar a pele periférica ao estoma								
Vigiar pele periférica ao estoma								
Optimizar dispositivo de ostomia								
<u><b>ostomizado</b></u>								
<b>Conhecimento sobre prevenção da maceração</b>								
Ensinar sobre prevenção de maceração								
<b>Aprendi. de habili. sobre prevenção da maceração</b>								
Instruir sobre prevenção de maceração								
Treinar sobre prevenção de maceração								
<u><b>Prestador de cuidados</b></u>								
<b>Conhe. do prest. de cuidados sobre prevenção da maceração</b>								
Ensinar o presta. de cuidados na utilização do equipamento: ostomia								
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da maceração								
<b>Aprendi. de habili. do presta. de cuidados para prevenir a maceração</b>								
Treinar o prestador de cuidados a prevenir a maceração								
Treinar o presta. cuidados na utilização do equipamento: ostomia								

Instruir o presta. Cuidados a prevenir maceração								
Instruir o presta. Cuidados na utilização do equipamento: ostomia								
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>	<b>Horário</b>		<b>Termo</b>		<b>Observações</b>
				<b>S</b>	<b>N</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	
<b>MACERAÇÃO (estoma)</b>								
Vigiar pele periférica ao estoma								
Executar tratamento a maceração								
<b>RISCO DE DESIDRATAÇÃO (ILEO)</b>								
<u><b>Enfer.</b></u>								
Monitorizar entrada e saída de líquidos								
Planear ingestão de líquidos								
Administrar líquidos								
Incentivar ingestão de líquidos								
Vigiar sinais de desidratação								
Vigiar a eliminação intestinal								
Vigiar a eliminação urinária								
<u><b>ostomizado</b></u>								
<b>Conhecimento sobre prevenção da desidratação</b>								
. Ensinar sobre prevenção da desidratação								
<u><b>Prestador de cuidados</b></u>								
<b>Conheci. do presta. de cuidados sobre prevenção da desidratação</b>								
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da maceração								
<b>DESIDRATAÇÃO (ILEOSTOMIA)</b>								
Monitorizar entrada e saída de líquidos								
Planear ingestão de líquidos								
Administrar líquidos								
Incentivar ingestão de líquidos								
Vigiar sinais de desidratação								
Vigiar a eliminação intestinal								
Vigiar a eliminação urinária								

<b>AUTO CONTROLO CONTINÊNCIA INTESTINAL (ileostomia + colostomia)</b>							
Incentivar o autocontrolo continência intestinal							
<b>Conhecimento sobre equipamento: ostomia</b>							
Ensinar sobre equipamento ostomia							

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>N/A</i>	<i>Horário</i>		<i>Termo</i>		<i>Observações</i>
				<i>S</i>	<i>N</i>	<i>S</i>	<i>N</i>	
<b>AUTO CONTROLO CONTINÊNCIA INTESTINAL (ileostomia + colostomia)</b>								
<b>Aprendizagem de habilidades para utilizar o equipamento: ostomias</b>								
Elogiar a aprendizagem de habilidades								
Instruir a utilização de equipamento: ostomia								
Treinar a utilização de equipamento : ostomia								
<b>Gestão do regime terapêutico (ileostomia + colostomia)</b>								
<b>Conheci. do presta. de cuidados sobre hábitos alimentares</b>								
Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares								
Providenciar material de leitura								
<b>Conhecimento sobre hábitos alimentares</b>								
Ensinar sobre hábitos alimentares								
Providenciar material de leitura								
<b>Conhecimento sobre hábitos de exercício</b>								
Ensinar sobre hábitos de exercício								
Conhecimento sobre regime medicamentoso								
Ensinar sobre regime medicamentoso								



**ANEXO III – Declaração de Participação nas Jornadas da Doença  
Inflamatória Intestinal**





Centro Garcia de Orta

# DECLARAÇÃO

**Declara-se que MAGDA BRIGITE GOMES SANTOS**

**Participou como Formador(a) no curso:**

**Doença Inflamatória Intestinal**

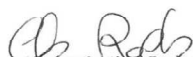
**Tendo apresentado os seguintes temas:**

- Como viver com um estoma

**O Curso decorreu em 16-01-2015, com uma carga horária de 8 horas, sendo a participação do formador, de 0,25 horas.**

**Almada, 05 de março de 2015**

**O Centro Garcia de Orta**

  
Enf.ª Clara Rocha  
Centro Garcia de Orta  
Formação, Ensino e Investigação